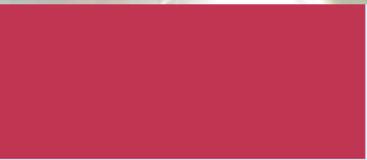




HALLESCHÉ

Private Krankenversicherung

**Neu: Volle Leistung
zum flexiblen Beitrag!**



OLGAflex: Pflegevorsorge, die immer passt!

Pflege-Schutzbrief OLGAflex + staatlich geförderter Tarif FÖRDERbar

Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen.

Pflegebedürftigkeit ist keine Frage des Alters. Durch einen schweren Unfall oder eine tückische Erkrankung kann es jeden treffen – schon durch eine kleine Unachtsamkeit im täglichen Leben.

Vom Pflegefall zum Sozialfall?

Wer frühzeitig die richtige Vorsorge trifft, gerät später nicht in eine finanzielle Schieflage. Denn die Leistung der gesetzlichen Pflegekasse reicht nicht aus, um die durchschnittlich anfallenden Kosten abzudecken. Immer mehr Pflegebedürftige werden zum Sozialfall.

Beispiel: Kosten für einen Monat in Pflegestufe (PS) III Olgaheim, Stuttgart*

Pflege/Unterkunft/Verpflegung	3.588,00 €
Maximale Erstattung durch gesetzl. Pflegekasse	-1.550,00 €
Versorgungslücke/Monat	2.038,00 €
Versorgungslücke nach 8 Jahren	195.648,00 €

Kinder haften für ihre Eltern

Zur Deckung der Kosten prüft das Sozialamt auch das Vermögen des Ehepartners und der Kinder, die unterhaltspflichtig sind. Auch auf Erspartes, Sachvermögen oder Grundbesitz der Angehörigen kann unter Umständen zugegriffen werden.

Was kann ich tun?

Der Pflege-Schutzbrief *OLGAflex* und die staatlich geförderte Pflegeversicherung *FÖRDERbar* der HALLESCHE helfen Ihnen diese finanzielle Versorgungslücke zu schließen.

* Stand Januar 2014, ** PS - Pflegestufe, *** absicherbar durch *OLGAflex* mit 50 € Tagegeld

Pflege-Schutzbrief *OLGAflex*



Olga Romanowa war im 19. Jahrhundert die Schirmherrin der ersten Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die HALLESCHE, als Erfinder der Pflegeversicherung, bietet mit *OLGAflex* hervorragenden Schutz zum flexiblen Beitrag.

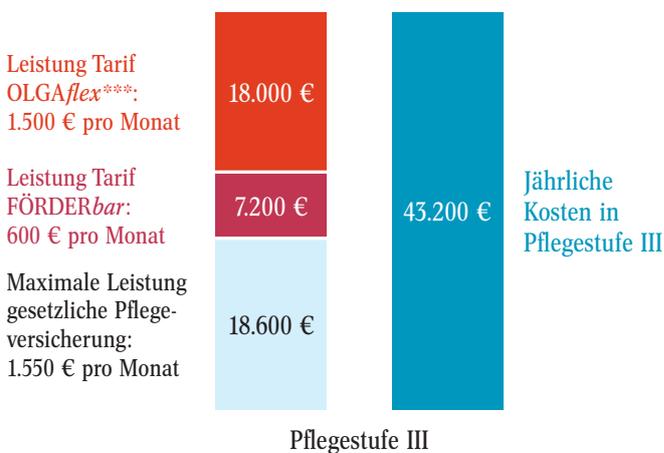
Staatlich geförderter Pflegeschutz *FÖRDERbar*



Wenn Sie sich für den Tarif *FÖRDERbar* entscheiden, profitieren Sie neben einem günstigen Beitrag von einem staatlichen Zuschuss von 5 € pro Monat.

Schließen Sie Ihre finanzielle Lücke mit *OLGAflex* oder mit *OLGAflex* + *FÖRDERbar*

Die Kosten im Pflegeheim betragen beispielsweise pro Monat 3.600 € (PS** III) bzw. 43.200 € pro Jahr.



HALLESCHE Optionsrecht: Umstellungsrecht in neue Tarife infolge zukünftiger Gesetzesänderungen automatisch enthalten.

Voller Pflegeschutz zum flexiblen Beitrag. Genauso wie es Ihnen passt.



OLGAflex ermöglicht durch die flexible Beitragsgestaltung jedem die optimale Pflegeabsicherung: mit vollem Schutz von Anfang an.

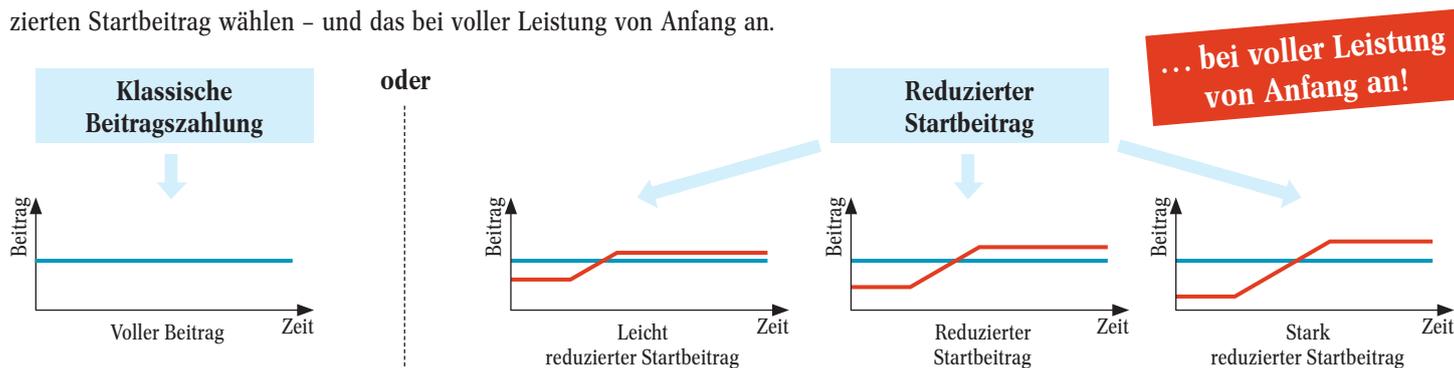
Ihre Pflege-Leistung	OLGAflex	
	ambulant	stationär
Leistung bei PS*		
PS 0	30 %	30 %
PS I	30 %	100 %
PS II	70 %	100 %
PS III	100 %	100 %

Vorteile von OLGAflex

- Bis zu 4.500 € Pflegegeld im Monat extra (150 € pro Tag)
- 100 % bei vollstationärer Pflege in PS I - PS III
- Werterhaltungsgarantie = lebenslange Dynamisierung
- Pflegeeinstufung auch über ADL**-Kriterien möglich
- Extrazahlung bei erstmaligem Eintritt der PS III bis zu 9.000 €
- Unfallhilfe: zusätzliche Einmalleistung bei PS III bis zu 22.500 €
- Beitragsbefreiung ab PS III
- Weltweite Geltung
- Umfangreiche Assistance-Leistungen
- Flexible Beitragszahlung: reduzierter Startbeitrag & flexible Beitragsreduktion bis zum 60. Lebensjahr möglich

OLGAflex hilft! Für jeden den passenden Beitrag.

In manchen Lebenssituationen kann der finanzielle Spielraum eingeschränkt sein. Viele verzichten daher ganz auf die notwendige Pflegeabsicherung oder wählen diese zu niedrig. Mit OLGAflex können Sie die Höhe Ihres Beitrags flexibel gestalten und einen reduzierten Startbeitrag wählen - und das bei voller Leistung von Anfang an.



OLGAflex kann flexibel an Ihre aktuelle Lebenssituation angepasst werden, wie z. B.:

Studium, Eigenheimfinanzierung, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, ... auch im laufenden Vertrag ist die Beitragsreduktion möglich.

* PS - Pflegestufe, **ADL - Activities of Daily Living

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen nach Tarif OLGAflex ergibt.

HALLESCHE Optionsrecht: Umstellungsrecht in neue Tarife infolge zukünftiger Gesetzesänderungen automatisch enthalten.

Pflege ist jetzt FÖRDERbar.



FÖRDERbar, die staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung der HALLESCHE, bietet

finanzielle Unterstützung im Pflegefall. Für alle, die im Pflegefall umfassende Leistungen erwarten, bietet die HALLESCHE eine Kombination aus Tarif FÖRDERbar und OLGAflex.

FÖRDERbar – staatlich geförderter Pflegeschutz

Mit dem Tarif FÖRDERbar profitieren Sie von der finanziellen Unterstützung im Pflegefall! Sichern Sie sich die Förderung mit einem staatlichen Zuschuss von 5 € pro Monat bzw. 60 € pro Jahr – das sind bis zu 33 %, die der Staat für Sie übernimmt.

Ihre Pflege-Leistung	FÖRDERbar
Leistung bei PS*	ambulant/stationär
PS 0	10 %
PS I	20 %
PS II	30 %
PS III	100 % (mind. 600 € Pflegemonatsgeld)

Vorteile von FÖRDERbar

- **Finanzielle Unterstützung** im Pflegefall in allen PS
- **Gleiche Leistung** auch bei Pflege durch Ihre Angehörigen
- **Keine Wartezeit** bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls
- **Keine Gesundheitsprüfung**
- **Staatlicher Zuschuss** von 5 € pro Monat
- **Die staatliche Zulage beantragen wir für Sie**

* PS – Pflegestufe

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen nach Tarif FÖRDERbar ergibt.

Von der Fachpresse mehrfach ausgezeichnet

- ✓ Euro 6/2013:
»Gut« in allen Altersstufen
- ✓ Focus Money 28/2013:
Gesamtergebnis: »Note 1,5«
- ✓ Handelsblatt.com 11.06.2013:
»Beste Leistung«
(Alter 20 Jahre, Pflegestufe III)



Zwei, die sich optimal ergänzen: FÖRDERbar + OLGAflex

Die staatlich geförderte Pflegeversicherung allein reicht jedoch nicht aus, um die finanzielle Lücke im Pflegefall zu schließen. Die HALLESCHE bietet mit dem Pflege-Schutzbrief OLGAflex eine optimale Ergänzung zu FÖRDERbar – und damit ein Rundum-Sorglos-Paket im Pflegefall.

HALLESCHE: »Erfinder« der Pflegeversicherung

Bei der HALLESCHE ist Ihre Zukunft in besten Händen: Als erster bundesweiter Anbieter einer Pflegeversicherung in Deutschland bietet Ihnen die HALLESCHE exzellentes Know-how und rund 30 Jahre Erfahrung in Sachen Pflege.

HALLESCHE Optionsrecht: Umstellungsrecht in neue Tarife infolge zukünftiger Gesetzesänderungen automatisch enthalten.

Sie möchten von den Leistungen und Vorteilen unserer privaten Zusatzabsicherung profitieren?
Dann trennen Sie bitte die folgenden Unterlagen aus diesem Heft heraus:

- Antrag auf private Zusatzversicherung,
- SEPA-Lastschriftmandat **und**
- Empfangsbestätigung.

Bitte senden Sie **diese** Unterlagen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** an folgende Adresse:

HALLESCHE Krankenversicherung aG
70166 Stuttgart

Sie erhalten dann in Kürze von uns Antwort.

Vielen Dank!

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHER Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

HALLESCHER
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Antrag

- Pflege-Schutzbrief (Tarif OLGAflex)
- Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FÖRDERbar)

Versicherungsnummer

Vermittlernummer



Mit diesem Antrag werden zwei getrennte Verträge abgeschlossen.

Name/Vorname
Straße
PLZ Wohnort

Geburtsdatum¹

männlich (m) weiblich (w)

Telefon (freiwillige Angabe)

Fax (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ja, ich wähle folgende Absicherung (Tarif OLGAflex)

Für mich oder Für: Name/Vorname Geburtsdatum (m) (w)

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif OLGAflex nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Antragstellers« von der zu versichernden Person erfüllt werden.

Versicherungsbeginn:

(Erläuterung siehe folgende Seiten)

01. /
Monat Jahr

Pflege-Schutzbrief

1. gewünschtes Pflegetagegeld:

- 60 € pro Tag (1.800 € pro Monat)
- individuell: mindestens 10 € bis maximal 150 € pro Tag (entspricht mindestens 300 € bis maximal 4.500 € Pflegegeld pro Monat)

2. gewünschte Beitragszahlung:

- voller Beitrag
- leicht reduzierter Startbeitrag
- reduzierter Startbeitrag
- stark reduzierter Startbeitrag

3. entspricht folgender Absicherung:

	Pflegetagegeld	Monatsbeitrag
OLGAflex.AR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OLGAflex.Ri	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesundheitszustand der zu versichernden Person (Tarif OLGAflex)

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Medizinische Wertungen kann er als Laie aber nicht vornehmen.

Bitte beachten Sie daher die Hinweise auf den folgenden Seiten und machen Sie umfassende Angaben.

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, ist leider kein Vertragsabschluss in Tarif OLGAflex möglich.

- nein ja
- Besteht eine (durch eine Pflegekasse, einen anderen Träger einer privaten Pflegepflichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegestufe gestellt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen?
 - Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % oder eine kindliche Entwicklungsstörung?
 - Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen?
 - **Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems:** Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma
 - **Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße:** Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
 - **Erkrankungen der Nieren:** Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren
 - **Erkrankungen der Lungen:** Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
 - **Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen:** Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber
 - **Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:** Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmorknochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung
 - **Sonstige Erkrankungen:** Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose

Erklärung des Antragstellers (Tarif OLGAflex)

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht, außerdem in den vergangenen 36 Monaten ein ununterbrochener Versicherungsschutz in einem bzw. mehreren der folgenden Länder Deutschland, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn oder Zypern (griechisches Gebiet) bestand und das versicherte Pflegegeld zusammen mit anderen bestehenden nicht geförderten Pflegezusatzversicherungen 4.500,- € monatlich nicht überschreitet.

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt >>

Fortsetzung der Angaben für:

Name/Vorname	
Straße	Wohnort
Versicherungsnummer	

Ja, ich wähle folgende Absicherung (Tarif FÖRDERbar)¹

für mich

Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer (12-stellig)	<input type="checkbox"/> Es besteht keine Rentenversicherungsnummer ²	

oder

für

Name/Vorname	Geburtsdatum ¹	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße	PLZ	Wohnort
Rentenversicherungsnummer (12-stellig)	<input type="checkbox"/> Es besteht keine Rentenversicherungsnummer ²	

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif FÖRDERbar nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Antragstellers« von der zu versichernden Person erfüllt werden.

¹ Die zu versichernde Person muss mindestens 18 Jahre alt sein.

² Für die zulageberechtigte Person ist bisher keine Rentenversicherungsnummer vergeben. Die zu versichernde Person bevollmächtigt daher die HALLESCHÉ, eine sogenannte Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen.

Die zu versichernde Person bevollmächtigt die HALLESCHÉ mit Antragstellung unwiderruflich, die Zulage für jedes Jahr bei der zentralen Stelle zu beantragen. Die versicherte Person willigt ein, dass die personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Stelle übermittelt werden.

Versicherungsbeginn:

(Erläuterung siehe folgende Seiten)

01.

--	--	--	--

 /

--	--	--	--

Monat Jahr

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Tarif FÖRDERbar.

Pflegegeld pro Monat:

gemäß Tabelle auf der Rückseite

 Monatsbeitrag³:

--

 €

³ Die Höhe des abschließbaren Pflegegeldes pro Monat und den Monatsbeitrag entnehmen Sie bitte der Tabelle auf der Rückseite.

Angaben zu der zu versichernden Person (Tarif FÖRDERbar)

Der Gesetzgeber knüpft die Versicherungsfähigkeit in dem von Ihnen beantragten Tarif FÖRDERbar an spezielle Voraussetzungen. Diese sind:

- Die zu versichernde Person hat das 18. Lebensjahr vollendet.
- Die zu versichernde Person ist in der sozialen (SPV) oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) versichert.
- Die zu versichernde Person bezieht derzeit keine Leistungen aus der SPV oder PPV und hat auch bisher keine Leistungen aus der SPV oder PPV bezogen.

Ich bestätige, dass die zu versichernde Person alle Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit für die versicherte Person führt (insbesondere auch das Ende der Versicherung in der SPV oder PPV), unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Beantragung Wartezeitverzicht in Tarif FÖRDERbar (optional)

In Tarif FÖRDERbar gilt eine Wartezeit von 5 Jahren. Diese entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus verzichtet die HALLESCHÉ auf die Wartezeit, falls Sie die unten stehende Gesundheitsfrage für die zu versichernde Person bestätigen.

Bitte beachten Sie auch den »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG 13)«.

Hiermit bestätige ich, dass keine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % besteht und aktuell und/oder in den letzten 5 Jahren keine der folgenden Krankheiten bestehen oder bestanden haben und/oder deswegen keine Behandlungen stattfanden:

Erkrankungen des zentralen Nervensystems, des Gehirns, des Gefäßsystems, des Herzens, der Nieren, chronische Lungenerkrankung, chronische Lebererkrankung, medikamentös behandelter Bluthochdruck, bösartige Tumore, Leukämie, Muskelschwund, Osteoporose, Gelenkarthrosen, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Demenz, rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, HIV-Infektion.

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt >>

Fortsetzung der Angaben für:

Name/Vorname	
Straße	Wohnort
Versicherungsnummer	

Erklärung des Antragstellers (Tarif FÖRDERbar)

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person kein weiterer Vertrag besteht oder beantragt wurde, für den eine Pflegevorsorgezulage gewährt wird. Ferner bestätige ich, dass die zu versichernde Person die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt.

SEPA-Lastschriftmandat (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (3 % Skonto⁴)

Der Mindestbeitrag beträgt 7,50 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.
Um am Lastschriftverfahren teilnehmen zu können, reichen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit dem Antrag bei uns ein.

⁴ Nur möglich für Pflege-Schutzbrief (Tarif OLGAflex).

Hinweis (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

Mit diesem Antrag werden zwei rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen abgeschlossen, die auch getrennt poliziert und abgebucht werden.

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder Ihr Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf den folgenden Seiten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Bitte prüfen Sie vor Ihrer folgenden Unterschrift auch, dass Ihnen die in der beiliegenden Empfangsbestätigung aufgeführten Unterlagen vollständig vorliegen, sofern Sie auf die Überlassung vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht ausdrücklich verzichtet haben.

Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis auf den folgenden Seiten. Bitte beachten Sie, falls Sie sowohl Tarif OLGAflex als auch Tarif FÖRDERbar beantragen, haben Sie die Möglichkeit hinsichtlich jedes einzelnen Tarifes, aber auch hinsichtlich beider Tarife zusammen, den Widerruf zu erklären.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers - ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen
	Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen

Datenschutzerklärung (Tarif OLGAflex/Tarif FÖRDERbar)

Die nachfolgenden Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHER unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den folgenden Seiten dieses Antrages. Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.**

- I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
 - 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung
 - 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
 - 3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHER Krankenversicherung
 - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
 - 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
- II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung
- III. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten zur Feststellung des allgemeinen Zahlungsverhaltens (Bonitätsprüfung) und zur Einschätzung künftiger Zahlungsfähigkeit (Scoring)

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers
Unterschrift mitversicherte Personen (sofern nicht gesetzlich vertreten)	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz
»wird nachgeliefert«

oder per Fax an die 07 11/66 03-3 33

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HALLESCHE Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HALLESCHE Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, über das genannte Konto (auch) allein verfügungsberechtigt zu sein.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort
Zustelladresse (nur falls abweichend):		
Straße und Hausnummer bzw. Postfach		Postleitzahl und Ort
Kreditinstitut (Name und BIC)		
IBAN		

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift.)

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte immer ausfüllen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der HALLESCHE Krankenversicherung a.G. mit folgendem Versicherungsnehmer/Hauptversicherten:

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)		Geburtsdatum
Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort		Versicherungsnummer (falls bekannt)

Monatlicher Beitrag in €:

Pflegetagegeld	(entspricht 1.800 € pro Monat)									
	60 € voller Beitrag	leicht reduzierter Startbeitrag			reduzierter Startbeitrag			stark reduzierter Startbeitrag		
Alter	100% AR 60 €	gesamt 60 €	80% AR 48 €	20% Ri 12 €	gesamt 60 €	50% AR 30 €	50% Ri 30 €	gesamt 60 €	20% AR 12 €	80% Ri 48 €
0-16	9,60	*	*	*	*	*	*	*	*	*
17-20	9,60	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21	21,60	18,00	17,28	0,72	12,60	10,80	1,80	7,20	4,32	2,88
22	22,80	18,96	18,24	0,72	13,20	11,40	1,80	7,44	4,56	2,88
23	24,00	19,92	19,20	0,72	13,80	12,00	1,80	7,68	4,80	2,88
24	25,20	20,88	20,16	0,72	14,40	12,60	1,80	7,92	5,04	2,88
25	26,40	21,84	21,12	0,72	15,00	13,20	1,80	8,16	5,28	2,88
26	27,60	22,80	22,08	0,72	15,60	13,80	1,80	8,40	5,52	2,88
27	29,40	24,24	23,52	0,72	16,50	14,70	1,80	8,76	5,88	2,88
28	30,60	25,20	24,48	0,72	17,10	15,30	1,80	9,00	6,12	2,88
29	31,80	26,16	25,44	0,72	17,70	15,90	1,80	9,24	6,36	2,88
30	33,60	27,60	26,88	0,72	18,60	16,80	1,80	9,60	6,72	2,88
31	35,40	29,04	28,32	0,72	19,50	17,70	1,80	9,96	7,08	2,88
32	36,60	30,00	29,28	0,72	20,10	18,30	1,80	10,20	7,32	2,88
33	38,40	31,44	30,72	0,72	21,00	19,20	1,80	10,56	7,68	2,88
34	40,20	32,88	32,16	0,72	21,90	20,10	1,80	10,92	8,04	2,88
35	42,00	34,32	33,60	0,72	22,80	21,00	1,80	11,28	8,40	2,88
36	43,80	35,76	35,04	0,72	23,70	21,90	1,80	11,64	8,76	2,88
37	46,20	37,68	36,96	0,72	24,90	23,10	1,80	12,12	9,24	2,88
38	48,00	39,12	38,40	0,72	25,80	24,00	1,80	12,48	9,60	2,88
39	50,40	41,04	40,32	0,72	27,00	25,20	1,80	12,96	10,08	2,88
40	52,80	42,96	42,24	0,72	28,20	26,40	1,80	13,44	10,56	2,88
41	55,20	44,88	44,16	0,72	29,40	27,60	1,80	13,92	11,04	2,88
42	57,60	46,80	46,08	0,72	30,60	28,80	1,80	14,40	11,52	2,88
43	60,00	48,72	48,00	0,72	31,80	30,00	1,80	14,88	12,00	2,88
44	63,00	51,12	50,40	0,72	33,30	31,50	1,80	15,48	12,60	2,88
45	66,00	53,52	52,80	0,72	34,80	33,00	1,80	16,08	13,20	2,88
46	69,00	55,92	55,20	0,72	36,30	34,50	1,80	16,68	13,80	2,88
47	72,00	58,32	57,60	0,72	37,80	36,00	1,80	17,28	14,40	2,88
48	75,60	61,20	60,48	0,72	39,60	37,80	1,80	18,00	15,12	2,88
49	79,20	64,08	63,36	0,72	41,40	39,60	1,80	18,72	15,84	2,88
50	83,40	67,44	66,72	0,72	43,50	41,70	1,80	19,56	16,68	2,88
51	87,00	71,76	69,60	2,16	48,90	43,50	5,40	26,04	17,40	8,64
52	91,20	75,12	72,96	2,16	51,00	45,60	5,40	26,88	18,24	8,64
53	96,00	78,96	76,80	2,16	53,40	48,00	5,40	27,84	19,20	8,64
54	100,80	82,80	80,64	2,16	55,80	50,40	5,40	28,80	20,16	8,64
55	105,60	86,64	84,48	2,16	58,20	52,80	5,40	29,76	21,12	8,64
56	111,00	90,96	88,80	2,16	60,90	55,50	5,40	30,84	22,20	8,64
57	117,00	95,76	93,60	2,16	63,90	58,50	5,40	32,04	23,40	8,64
58	123,00	100,56	98,40	2,16	66,90	61,50	5,40	33,24	24,60	8,64
59	129,60	105,84	103,68	2,16	70,20	64,80	5,40	34,56	25,92	8,64
60	136,20	111,12	108,96	2,16	73,50	68,10	5,40	35,88	27,24	8,64
61	144,00	*	*	*	*	*	*	*	*	*
62	151,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*
63	160,20	*	*	*	*	*	*	*	*	*
64	169,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*
65	180,60	*	*	*	*	*	*	*	*	*
66	190,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*
67	202,20	*	*	*	*	*	*	*	*	*
68	214,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*
69	228,00	*	*	*	*	*	*	*	*	*
70	241,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* OLGAflex.Ri steht nur für Erwachsene zwischen 21 und 60 Jahren zur Verfügung, daher ist hier kein Angebot möglich.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

So lesen Sie die Tabelle:
(Beispiel für Eintrittsalter 48)

1. gewünschtes Pflegetagegeld:

- 60 € pro Tag (1.800 € pro Monat)
- individuell: mindestens 10 € bis maximal 150 € pro Tag (entspricht mindestens 300 € bis maximal 4.500 € Pflegegeld pro Monat)

2. gewünschte Beitragszahlung:

- voller Beitrag
- leicht reduzierter Startbeitrag
- reduzierter Startbeitrag
- stark reduzierter Startbeitrag

3. entspricht folgender Absicherung:

	Pflegetagegeld	Monatsbeitrag
OLGAflex.AR	PT ablesen 48 €	Beitrag ablesen 60,48 €
OLGAflex.Ri	PT ablesen 12 €	Beitrag ablesen 0,72 €
gesamt	PT ablesen 60 €	Beitrag ablesen 61,20 €

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de · www.hallesche.de
ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern

Monatlicher Beitrag in €:

Pflegetagegeld	10 € (entspricht 300 € pro Monat)									
	voller Beitrag	leicht reduzierter Startbeitrag			reduzierter Startbeitrag			stark reduzierter Startbeitrag		
Alter	100% AR 10 €	gesamt 10 €	80% AR 8 €	20% Ri 2 €	gesamt 10 €	50% AR 5 €	50% Ri 5 €	gesamt 10 €	20% AR 2 €	80% Ri 8 €
0-16	1,60	*	*	*	*	*	*	*	*	*
17-20	1,60	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21	3,60	3,00	2,88	0,12	2,10	1,80	0,30	1,20	0,72	0,48
22	3,80	3,16	3,04	0,12	2,20	1,90	0,30	1,24	0,76	0,48
23	4,00	3,32	3,20	0,12	2,30	2,00	0,30	1,28	0,80	0,48
24	4,20	3,48	3,36	0,12	2,40	2,10	0,30	1,32	0,84	0,48
25	4,40	3,64	3,52	0,12	2,50	2,20	0,30	1,36	0,88	0,48
26	4,60	3,80	3,68	0,12	2,60	2,30	0,30	1,40	0,92	0,48
27	4,90	4,04	3,92	0,12	2,75	2,45	0,30	1,46	0,98	0,48
28	5,10	4,20	4,08	0,12	2,85	2,55	0,30	1,50	1,02	0,48
29	5,30	4,36	4,24	0,12	2,95	2,65	0,30	1,54	1,06	0,48
30	5,60	4,60	4,48	0,12	3,10	2,80	0,30	1,60	1,12	0,48
31	5,90	4,84	4,72	0,12	3,25	2,95	0,30	1,66	1,18	0,48
32	6,10	5,00	4,88	0,12	3,35	3,05	0,30	1,70	1,22	0,48
33	6,40	5,24	5,12	0,12	3,50	3,20	0,30	1,76	1,28	0,48
34	6,70	5,48	5,36	0,12	3,65	3,35	0,30	1,82	1,34	0,48
35	7,00	5,72	5,60	0,12	3,80	3,50	0,30	1,88	1,40	0,48
36	7,30	5,96	5,84	0,12	3,95	3,65	0,30	1,94	1,46	0,48
37	7,70	6,28	6,16	0,12	4,15	3,85	0,30	2,02	1,54	0,48
38	8,00	6,52	6,40	0,12	4,30	4,00	0,30	2,08	1,60	0,48
39	8,40	6,84	6,72	0,12	4,50	4,20	0,30	2,16	1,68	0,48
40	8,80	7,16	7,04	0,12	4,70	4,40	0,30	2,24	1,76	0,48
41	9,20	7,48	7,36	0,12	4,90	4,60	0,30	2,32	1,84	0,48
42	9,60	7,80	7,68	0,12	5,10	4,80	0,30	2,40	1,92	0,48
43	10,00	8,12	8,00	0,12	5,30	5,00	0,30	2,48	2,00	0,48
44	10,50	8,52	8,40	0,12	5,55	5,25	0,30	2,58	2,10	0,48
45	11,00	8,92	8,80	0,12	5,80	5,50	0,30	2,68	2,20	0,48
46	11,50	9,32	9,20	0,12	6,05	5,75	0,30	2,78	2,30	0,48
47	12,00	9,72	9,60	0,12	6,30	6,00	0,30	2,88	2,40	0,48
48	12,60	10,20	10,08	0,12	6,60	6,30	0,30	3,00	2,52	0,48
49	13,20	10,68	10,56	0,12	6,90	6,60	0,30	3,12	2,64	0,48
50	13,90	11,24	11,12	0,12	7,25	6,95	0,30	3,26	2,78	0,48
51	14,50	11,96	11,60	0,36	8,15	7,25	0,90	4,34	2,90	1,44
52	15,20	12,52	12,16	0,36	8,50	7,60	0,90	4,48	3,04	1,44
53	16,00	13,16	12,80	0,36	8,90	8,00	0,90	4,64	3,20	1,44
54	16,80	13,80	13,44	0,36	9,30	8,40	0,90	4,80	3,36	1,44
55	17,60	14,44	14,08	0,36	9,70	8,80	0,90	4,96	3,52	1,44
56	18,50	15,16	14,80	0,36	10,15	9,25	0,90	5,14	3,70	1,44
57	19,50	15,96	15,60	0,36	10,65	9,75	0,90	5,34	3,90	1,44
58	20,50	16,76	16,40	0,36	11,15	10,25	0,90	5,54	4,10	1,44
59	21,60	17,64	17,28	0,36	11,70	10,80	0,90	5,76	4,32	1,44
60	22,70	18,52	18,16	0,36	12,25	11,35	0,90	5,98	4,54	1,44
61	24,00	*	*	*	*	*	*	*	*	*
62	25,30	*	*	*	*	*	*	*	*	*
63	26,70	*	*	*	*	*	*	*	*	*
64	28,30	*	*	*	*	*	*	*	*	*
65	30,10	*	*	*	*	*	*	*	*	*
66	31,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*
67	33,70	*	*	*	*	*	*	*	*	*
68	35,80	*	*	*	*	*	*	*	*	*
69	38,00	*	*	*	*	*	*	*	*	*
70	40,30	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* OLGAflex.Ri steht nur für Erwachsene zwischen 21 und 60 Jahren zur Verfügung, daher ist hier kein Angebot möglich.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

So lesen Sie die Tabelle:
(Beispiel für Eintrittsalter 33, bei einem Pfegetagegeld/PT von 40 €)

1. gewünschtes Pfegetagegeld:

- 60 € pro Tag (1.800 € pro Monat)
- individuell: mindestens 10 € bis maximal 150 € pro Tag (entspricht mindestens 300 € bis maximal 4.500 € Pfegegeld pro Monat)

2. gewünschte Beitragszahlung:

- voller Beitrag
- leicht reduzierter Startbeitrag
- reduzierter Startbeitrag
- stark reduzierter Startbeitrag

3. entspricht folgender Absicherung:

	Pflegetagegeld x %-Anteil je Tarifstufe	Monatsbeitrag (PT je Tarifstufe / Anteil PT) x Beitrag je Anteil
OLGAflex.AR	40 € x 50 %	20 € / 5 € x 3,20 €
	20 €	12,80 €
OLGAflex.Ri	40 € x 50 %	20 € / 5 € x 0,50 €
	20 €	1,20 €
gesamt	40 €	14,00 €

Der monatliche Beitrag beträgt mindestens 15 € einschließlich Zulage. Die staatliche Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 € wird gestundet, bis die Zulage durch die Zentrale Stelle dem Vertrag gutgeschrieben wird. Die Höhe des abschließbaren Pflegegeldes pro Monat beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 €.

Entsprechend dem jeweiligen Eintrittsalter sind der Monatsbeitrag und die Höhe des Pflegegeldes pro Monat fest definiert. Bitte entnehmen Sie den für Sie geltenden Beitrag und die Höhe des Pflegegeldes der Tabelle. Entscheidend ist Ihr Eintrittsalter.

Monatlicher Beitrag:

Eintrittsalter	FÖRDERbar.				
	Monatsbeitrag	Pflegegeld pro Monat in			
		Pflegestufe III	Pflegestufe II	Pflegestufe I	Pflegestufe 0
18	15,12 €	2.160 €	648 €	432 €	216 €
19	15,18 €	2.070 €	621 €	414 €	207 €
20	15,18 €	1.980 €	594 €	396 €	198 €
21	15,12 €	1.890 €	567 €	378 €	189 €
22	15,00 €	1.800 €	540 €	360 €	180 €
23	15,08 €	1.740 €	522 €	348 €	174 €
24	15,12 €	1.680 €	504 €	336 €	168 €
25	15,08 €	1.560 €	468 €	312 €	156 €
26	15,00 €	1.500 €	450 €	300 €	150 €
27	15,19 €	1.470 €	441 €	294 €	147 €
28	15,18 €	1.380 €	414 €	276 €	138 €
29	15,30 €	1.350 €	405 €	270 €	135 €
30	15,12 €	1.260 €	378 €	252 €	126 €
31	15,20 €	1.200 €	360 €	240 €	120 €
32	15,21 €	1.170 €	351 €	234 €	117 €
33	15,17 €	1.110 €	333 €	222 €	111 €
34	15,05 €	1.050 €	315 €	210 €	105 €
35	15,30 €	1.020 €	306 €	204 €	102 €
36	15,04 €	960 €	288 €	192 €	96 €
37	15,19 €	930 €	279 €	186 €	93 €
38	15,30 €	900 €	270 €	180 €	90 €
39	15,37 €	870 €	261 €	174 €	87 €
40	15,12 €	810 €	243 €	162 €	81 €
41	15,08 €	780 €	234 €	156 €	78 €
42	15,25 €	750 €	225 €	150 €	75 €
43	15,12 €	720 €	216 €	144 €	72 €
44	15,18 €	690 €	207 €	138 €	69 €
45	15,18 €	660 €	198 €	132 €	66 €
46	15,12 €	630 €	189 €	126 €	63 €
47	15,20 €	600 €	180 €	120 €	60 €
48	15,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
49	16,60 €	600 €	180 €	120 €	60 €
50	17,20 €	600 €	180 €	120 €	60 €
51	18,00 €	600 €	180 €	120 €	60 €
52	19,00 €	600 €	180 €	120 €	60 €
53	19,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
54	20,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
55	21,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
56	22,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
57	24,00 €	600 €	180 €	120 €	60 €
58	25,20 €	600 €	180 €	120 €	60 €
59	26,60 €	600 €	180 €	120 €	60 €
60	27,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
61	29,40 €	600 €	180 €	120 €	60 €
62	31,00 €	600 €	180 €	120 €	60 €
63	32,60 €	600 €	180 €	120 €	60 €
64	34,40 €	600 €	180 €	120 €	60 €
65	36,40 €	600 €	180 €	120 €	60 €
66	38,40 €	600 €	180 €	120 €	60 €
67	40,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
68	43,20 €	600 €	180 €	120 €	60 €
69	45,80 €	600 €	180 €	120 €	60 €
70	48,60 €	600 €	180 €	120 €	60 €

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
 70166 Stuttgart
 service@hallesche.de · www.hallesche.de
 ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern

Vors. des Aufsichtsrats: Wolfgang Stertenbrink · Vorstand: Dr. Walter Botermann (Vors.), Otmar Abel (stv. Vors.), Christoph Bohn, Frank Kettner, Reinhard Kunz, Wiltrud Pekarek, Martin Rohm
 Sitz Stuttgart · Rechtsform Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Amtsgericht Stuttgart HRB 2686 · St.-Nr. 99 136 0300 3 (UStG) · Beiträge zu privaten Kranken- und Pflegekrankenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungssteuer (§ 4 Nr. 5 VersStG) · Versicherungsleistungen sowie Umsätze aus Versicherungsvertreter-/Maklertätigkeiten sind umsatzsteuerfrei

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Anzeigepflicht (vorvertraglich)

Alle gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angegeben. Ich habe alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, habe ich diese beigefügt. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrags.

Die Anzeigepflicht gilt auch nach Abgabe meiner Vertragserklärung, wenn mich die HALLESCHE Krankenversicherung in Textform nach Gefahrumständen fragt, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat.

Bitte beachten Sie auch den gesonderten Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der HALLESCHE Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die HALLESCHE Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHE Krankenversicherung möglich sind. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHE Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Datenschutzerklärung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versiche-

rungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHE Krankenversicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die HALLESCHE Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HALLESCHE Krankenversicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risiko-beurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HALLESCHE Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die HALLESCHER Krankenversicherung in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHER Krankenversicherung einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HALLESCHER Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHER Krankenversicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gilt sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHER Krankenversicherung

Die HALLESCHER Krankenversicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HALLESCHER Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HALLESCHER Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HALLESCHER Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HALLESCHER Krankenversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die HALLESCHER Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HALLESCHER Krankenversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.hallesche.de/dienstleisterliste) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: HALLESCHER Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0 800/30 20 100 angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HALLESCHER Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HALLESCHER Krankenversicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HALLESCHER Krankenversicherung Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die HALLESCHE Krankenversicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die HALLESCHE Krankenversicherung das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HALLESCHE Krankenversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HALLESCHE Krankenversicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HALLESCHE Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HALLESCHE Krankenversicherung

speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HALLESCHE Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

Im Rahmen der Antragsbearbeitung kann es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die HALLESCHE Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die HALLESCHE Krankenversicherung – soweit es für die Risikobeurteilung dieses Antrages erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den in diesem Antrag genannten Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HALLESCHE Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten durch die HALLESCHE Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHE Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

III. Einwilligung in die Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung allgemeiner personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften. Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung, auf die bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden kann.

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, InfoScore, Creditreform, SCHUFA).

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die HALLESCHE Krankenversicherung oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

IV. Hinweis auf das Widerspruchsrecht in die Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung

Ich kann der Verarbeitung oder der Nutzung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen. Der Widerspruch bedarf keiner bestimmten Form und ist z.B. per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon möglich. Er ist zu richten an die HALLESCHE Krankenversicherung a. G.

V. Datenschutzrechtliche Verhaltensregeln »Code of Conduct«

Die Versicherungsunternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern sind den »Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft« (Code of Conduct) beigetreten.

Dieser Verhaltenskodex regelt den Umgang von Versicherungsunternehmen mit den personenbezogenen Daten ihrer Kunden. Er geht über die vorangegangenen Punkte der »Datenschutzerklärung«, für die Ihre individuelle Einwilligung erforderlich ist, sowie über die Anforderungen des Datenschutzrechts hinaus.

Der Code of Conduct wurde vom Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) in enger Abstimmung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und den Verbraucherzentralen entwickelt.

Wir haben den Wortlaut dieser Verhaltensregeln auf unserer Internetseite www.hallesche.de/code-of-conduct veröffentlicht. Gerne schicken wir Ihnen eine gedruckte Version zu.

Sie haben Fragen?

Unter den nachstehend genannten Kontaktdaten steht Ihnen unser betrieblicher Datenschutzbeauftragter für Rückfragen gerne zur Verfügung.

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Betrieblicher Datenschutzbeauftragter
Reinsburgstraße 10 · 70178 Stuttgart
datenschutz@hallesche.de

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre
HALLESCHE Krankenversicherung

Empfangsbestätigung

Datum des Antrags/der Anmeldung

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Versicherungsnehmer/Hauptversicherter

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der in diesem Antragsheft enthaltenen Unterlagen:

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Produktinformationsblatt

Verbraucherinformation

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten

DATENSCHUTZ: DIENSTLEISTERLISTE

Stand: Januar 2014

Von der HALLESCHE Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Adressprüfung	■ Adressermittler, Einwohnermeldeämter
■ Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	■ Wirtschaftsauskunfteien (Schufa Holding AG, Creditreform e.V., Arvato Infoscore GmbH)
■ Datenträger-/Aktenentsorgung	■ Entsorgungsunternehmen
■ Druck-/Kuvertierarbeiten und Versand	■ Druckereien und Postdienstleister
■ Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	■ Rechtsanwälte Rüdele & Fischbach ■ Fülleborn Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
■ IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung und -unterstützung)	■ Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
■ Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen)	■ Marketing-/Marktforschungsunternehmen
■ Servicekartenherstellung (»Card für Privatversicherte«)	■ Giesecke & Devrient GmbH

* Liste der Dienstleister gemäß Ihrer »Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung«

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
<ul style="list-style-type: none"> ■ Assistance-Leistungen (Reiserückholddienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Medizinprodukte) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Anbieter medizinischer Produkte
<ul style="list-style-type: none"> ■ Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verwaltungsdienstleistungsunternehmen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Telefonischer Kundenservice 	<ul style="list-style-type: none"> ■ SELLBYTEL Group GmbH

Gemeinsame Datenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Treuhand GmbH

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), werden die Stammdaten der Antragsteller, Anmeldenden, Interessenten und Versicherten der Unternehmen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt.

Diese Stammdaten umfassen Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten sowie Sperrvermerke zu Werbung und Markt-/Meinungsforschung.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
 Reinsburgstraße 10 · 70178 Stuttgart
 Betrieblicher Datenschutzbeauftragter
 E-Mail: datenschutz@hallesche.de

Ihre Vertragsunterlagen

- Produktinformationsblatt
- Verbraucherinformation
- Allgemeine Versicherungsbedingungen
- Tarif



Produktinformationsblatt

In dieser Übersicht stellen wir Ihnen den Versicherungsvertrag kurz vor und geben Ihnen eine erste Orientierungshilfe über die wesentlichen Rechte und Pflichten aus Ihrem Vertrag.

Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie bitte dem Tarif und den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen.

Welche Versicherungsart bieten wir Ihnen an?

Die HALLESCHER bietet Ihnen Versicherungsschutz im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung.

Ihr Versicherungsschutz

Die für Sie relevanten Tarife finden Sie auf dem Antrag.

Im Folgenden lesen Sie dazu die wesentlichen Leistungsmerkmale.

Tarif	Leistungsmerkmale
Pflege-Versicherung	
OLGAflex	Ergänzende Pflegegeldversicherung in vereinbarter Höhe. OLGAflex.AR: bei Pflegestufen 0 (z. B. Demenz) + I + II + III, mit Bildung von Alterungsrückstellungen OLGAflex.Ri: bei Pflegestufen 0 (z. B. Demenz) + I + II + III, ohne Bildung von Alterungsrückstellungen
FÖRDERbar.	Ergänzende Pflegemonatsgeldversicherung in vereinbarter Höhe bei Pflegestufen 0 (z. B. Demenz) + I + II + III

Für Tarif **FÖRDERbar.** gilt:

Der Tarif wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllt die versicherte Person die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage in Höhe von 5 € pro Monat.

Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn die versicherte Person die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllt:

- Die versicherte Person muss in der sozialen oder der privaten Pflegepflichtversicherung (gesetzliche Pflegeversicherung) versichert sein.
- Die versicherte Person darf bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. Demenz) aus der gesetzlichen Pflegeversicherung derzeit beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben.
- Bei Abschluss des Vertrages muss die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag für die versicherte Person über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gewährt. Vor Abschluss des Vertrages sollten Sie daher prüfen, ob für die zu versichernde Person bereits eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung besteht.
- Der monatliche Beitrag muss mindestens 15 € einschließlich der Zulage von 5 € betragen.

Für Tarif *OLGAflex* gilt:

Bitte beachten Sie, dass sich der volle Umfang der einzelnen Leistungen aus dem jeweiligen Tarif und den dazugehörigen AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht« ergibt.

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Bitte beachten Sie, dass sich der volle Umfang der einzelnen Leistungen aus den AVB unter »Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes« und »Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes« ergibt.

Beitrag für Ihren gewünschten Versicherungsschutz

Name	Tarif	Beitrag inkl. Zulage

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Die staatliche Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 € wird gestundet, bis die Zulage durch die zentrale Stelle an uns gezahlt wird. D. h., die Pflegevorsorgezulage wird von Ihrem zu zahlenden Beitrag abgezogen.

Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns. Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für die versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Rentenversicherungsnummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde. Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag bzw. der darin versicherten Person gutgeschrieben.

Wichtig ist, dass Sie uns Veränderungen der Zulageberechtigung unverzüglich anzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gewährt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für die versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten.

Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den Vertrag in Form einer Anwartschaft fortzuführen. In diesem Fall haben Sie auch das Recht, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.

Der erste Beitrag abzgl. der staatlichen Pflegevorsorgezulage ist spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zu zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach gewählter Zahlungsweise (monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.

Für beide Tarife gilt:

Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.

Für Tarifstufe *OLGAflex.Ri* gilt:

Das in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* versicherte Pflegetagegeld wird bedingungsgemäß nach Tarifstufe *OLGAflex.AR* umgestellt. Dies erfolgt erstmals im 5. Jahr nach Vertragsabschluss, danach alle 2 Jahre, jeweils zum 1. Juli. Die Umstellung umfasst jeweils 10 € des in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* versicherten Pflegetagegeldes und solange, bis das in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* versicherte Pflegetagegeld vollständig umgestellt ist. Aufgrund der Alterungsrückstellungsbildung in Tarifstufe *OLGAflex.AR* erhöht sich durch die Umstellung der insgesamt zu zahlende Beitrag. Sollten Sie eine Umstellung nicht wünschen, können Sie ihr jeweils widersprechen.

Beispiel: Eine 33-jährige Person versichert im Jahr 2014 50 € Pflegetagegeld mit reduziertem Beitrag (Aufteilung zu je 50 % auf beide Tarifstufen). Der zu zahlende Beitrag verändert sich durch die planmäßige Umstellung wie folgt:

	Tarifstufe	Pflege- tagegeld	Beitrag	gesamt
Beginn 2014/ Alter 33	OLGAflex.AR	25 €	16,00 €	17,50 €
	OLGAflex.Ri	25 €	1,50 €	
01.07.2019/ Alter 38	OLGAflex.AR	35 €	24,00 €	24,90 €
	OLGAflex.Ri	15 €	0,90 €	
01.07.2021/ Alter 40	OLGAflex.AR	45 €	32,80 €	33,10 €
	OLGAflex.Ri	5 €	0,30 €	
01.07.2023/ Alter 42	OLGAflex.AR	50 €	37,60 €	37,60 €
	OLGAflex.Ri	0 €	0,00 €	

(Die angegebenen Beträge basieren auf den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Beiträgen.)

Tarifstufe *OLGAflex.Ri* steht bis Alter 60 zur Verfügung. Haben Sie in diesem Alter noch ein Pflegetagegeld in dieser Tarifstufe versichert, erfolgt die Umstellung des verbleibenden Tagegeldes zum 1. Januar des Jahres, das auf die Vollendung des 60. Lebensjahres folgt. Sollten Sie eine Umstellung im Alter 61 nicht wünschen, endet die Versicherung nach Tarifstufe *OLGAflex.Ri* zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

Der Mehrbeitrag für die Umstellung von je 10 € Pflegetagegeld von Tarifstufe *OLGAflex.Ri* nach *OLGAflex.AR* berechnet sich als Differenz des Beitrags für das in Tarifstufe *OLGAflex.AR* neu hinzukommende Pflegetagegeld abzüglich des Beitrags für das in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* wegfallende Pflegetagegeld.

Dieser Mehrbeitrag beträgt je nach erreichtem Alter:

Alter	€	Alter	€
26	4,00 €	44	9,90 €
27	4,30 €	45	10,40 €
28	4,50 €	46	10,90 €
29	4,70 €	47	11,40 €
30	5,00 €	48	12,00 €
31	5,30 €	49	12,60 €
32	5,50 €	50	13,30 €
33	5,80 €	51	12,70 €
34	6,10 €	52	13,40 €
35	6,40 €	53	14,20 €
36	6,70 €	54	15,00 €
37	7,10 €	55	15,80 €
38	7,40 €	56	16,70 €
39	7,80 €	57	17,70 €
40	8,20 €	58	18,70 €
41	8,60 €	59	19,80 €
42	9,00 €	60	20,90 €
43	9,40 €	61	22,20 €

(Die angegebenen Beträge basieren auf den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Beiträgen.)

Einzelheiten dazu finden Sie im Tarif unter »Besondere Bestimmungen« in Abschnitt V.

Einzelheiten zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB im Kapitel »Beitragszahlung«.

Welche Leistungen sind nicht versichert?

Für Tarif *OLGAflex* gilt:

Bestimmte Leistungen sind generell nicht im Versicherungsschutz enthalten.

So können beispielsweise keine Leistungen beansprucht werden, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Auch für die daraus resultierenden Folgen besteht kein Leistungsanspruch.

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Im Ausland wird das versicherte Pflegemonatsgeld nur dann gezahlt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung dort ebenfalls Leistungen erbringt. In der Europäischen Union und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie der Schweiz ist das regelmäßig der Fall.

Für beide Tarife gilt:

Genauere Informationen finden Sie in den Kapiteln »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht« Ihrer AVB.

Was müssen Sie bei Vertragsschluss beachten?

Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung wahrheitsgemäß.

Für Tarif *OLGAflex* gilt:

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben führen dazu, dass der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen kann.

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz. Wenn Sie falsche Angaben machen, kann der Vertrag rückabgewickelt werden, die Zulage ist zurückzuzahlen und es besteht kein Versicherungsschutz.

Für beide Tarife gilt:

Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt »Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung« des jeweiligen Antrags.

Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Wenn sich in Ihrem Leben etwas ändert, passen wir Ihren Versicherungsschutz gerne an die neue Situation an – wenn wir es wissen. Während der Vertragslaufzeit sind Sie daher zur aktiven Mithilfe angehalten.

Für Tarif *OLGAflex* gilt:

Dem Abschluss einer weiteren ergänzenden Pflegeversicherung muss der Versicherer zustimmen, sofern es sich nicht um eine Absicherung im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung oder mit staatlicher Förderung handelt.

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- und Förderfähigkeit führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr fortbesteht, müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.

Für beide Tarife gilt:

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. Es kann sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter »Obliegenheiten« und »Folgen von Obliegenheitsverletzungen«.

Was müssen Sie bei einem Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Bei Eintritt des Versicherungsfalls müssen Sie die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die Zuordnung zu einer der Pflegestufen nachweisen.

Für beide Tarife gilt:

Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter »Obliegenheiten« und »Folgen von Obliegenheitsverletzungen«.

Ab wann haben Sie Versicherungsschutz?

Sie entscheiden sich in Ihrer Vertragserklärung (Antrag) für einen Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die Wartezeit ist je nach gewählter Versicherungsart unterschiedlich und kann unter bestimmten Voraussetzungen entfallen.

Für Tarif *OLGAflex* gilt:

Es gelten keine Wartezeiten.

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Die Wartezeit beträgt 5 Jahre.

Die genauen Regelungen lesen Sie in den AVB unter »Wartezeit« und/oder »Beginn des Versicherungsschutzes«.

Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?

Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer möglich. Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

In bestimmten Fällen, beispielsweise bei einer Beitragsanpassung, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Eine Kündigung bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHE zu richten.

Für Tarif *FÖRDERbar* gilt:

Sofern Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch besteht, haben Sie ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Für beide Tarife gilt:

Einzelheiten zur Kündigung und weitere Beendigungsgründe lesen Sie in den AVB unter »Kündigung durch den Versicherungsnehmer« und »Sonstige Beendigungsgründe«.

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die HALLESCHE

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der HALLESCHE Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart (Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Dr. Walter Botermann

Postanschrift

HALLESCHE
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die HALLESCHE gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht«.

Die Versicherungsleistungen stehen Ihnen zu, sobald wir die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen haben. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter »Auszahlung der Versicherungsleistungen«.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf dem Antrag beziehungsweise auf dem Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsschein. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrem Versicherungsschein kann vom Antrag abweichen, wenn dieser beispielsweise auf dem Antrag falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der HALLESCHE vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrem Antrag vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig. Bitte beachten Sie: Bei der kurzfristigen Auslandsreisekrankenversicherung ist jeweils der gesamte Jahres- bzw. Einmalbeitrag fällig, und es ist nur das Lastschriftverfahren möglich. Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter »Beitragszahlung«.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Antragsstellung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?

Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihren Versicherungsschein erhalten.

2. Sie haben bei der HALLESCHE eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?

Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Annahmeerklärung und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die HALLESCHE zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung bei der HALLESCHE.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht zu dem im Antrag/Vertragsangebot genannten Versicherungsbeginn, jedoch nicht bevor der Versicherungsvertrag wirksam zustande gekommen ist und nicht vor Ablauf von in den AVB vorgesehenen Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein. Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter »Beginn des Versicherungsschutzes« und, soweit vorgesehen, unter »Wartezeiten«.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHE Krankenversicherung a.G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
07 11/66 05-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre
HALLESCHE Krankenversicherung

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif *plusU* und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie in den AVB unter »Sonstige Beendigungsgründe«, »Kündigung durch den Versicherungsnehmer«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsabschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHKE Krankenversicherung zu richten.

Vertragsprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter »Gerichtsstand«.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen. HALLESCHKE Service-Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33, E-Mail: service@hallesche.de

Gelingt dies nicht, können Sie sich kostenfrei an den außergerichtlichen Streitschlichter, den Ombudsmann der privaten Krankenversicherung, wenden. Voraussetzung ist, dass bereits eine Stellungnahme des Krankenversicherers vorliegt und der Vorgang bislang weder an die Aufsichtsbehörde noch an ein Gericht weitergeleitet wurde. Die Postanschrift lautet: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs FÖRDERbar

Pflegemonatsgeld

- in Abhängigkeit der Pflegestufe für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw. bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen)

Staatliche Förderung

- monatliche staatliche Förderung in Höhe von 5 € für jede versicherte Person

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Fassung November 2013

Teil I Musterbedingungen 2013 (MB/GEPV 2013) §§ 1–26

Teil II Tarif mit Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

I

- 1 Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
 - für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Abs. 2 Nr. 6, 24 und 26 Abs. 4 bleiben unberührt.

2 Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

I

1 Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

2 Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

I

1 Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

2 Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

I

1 Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pfl egetagegeld.

2 Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.

3 Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

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

5 Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

6 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung so lange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

II

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld jeweils für den zurückliegenden Monat.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

I

- 1 Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- 2 Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.
- 3 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

Die Wartezeit beträgt fünf Jahre. Sie entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

I

1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 €. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 % und in Pflegestufe II mindestens 30 % des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 % des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegeitagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

2 Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegeitagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Abs. 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 verbindlich.

3 Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

4 Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

II

1 Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III 600 €. Wird der für die Erlangung der Pflegevorsorgezulage erforderliche monatliche Gesamtbeitrag in Höhe von 15 € (vgl. § 9 Abs. 1) nicht erreicht, wird für die Pflegestufe III ein entsprechend höheres Pflegemonatsgeld vereinbart.

2 Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit der Pflegestufe

- in Pflegestufe III 100 %
- in Pflegestufe II 30 %
- in Pflegestufe I 20 %
- in Pflegestufe 0 10 %

des versicherten Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Maßgeblich für die Einordnung in einer der oben genannten Pflegestufen ist die vorgenommene Einstufung durch die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegepflichtversicherung.

»Pflegestufe 0« gemäß diesem Tarif liegt vor, wenn nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz besteht.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

1 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausbezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

2 Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

4 Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

5 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

Schriftliche Nachweise der gesetzlichen Pflegeversicherung sind insbesondere die Entscheidung zur Einstufung in die jeweilige Pflegestufe, einschließlich der Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

I

1 Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 € und der Zulage in Höhe von 5 € zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

2 Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

3 Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

4 Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) 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 im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

5 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

6 Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

§ 10 Beitragsberechnung

I

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

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. 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 ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

3 Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

II

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 11 Beitragsanpassung

I

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

2 Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

I

1 Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- b) Anrechnung auf den Beitrag,
- c) Erhöhung der Leistung oder
- d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen.

2 Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

I

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 € monatlich sinken (vgl. § 9 Abs. 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Abs. 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

I

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

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 die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

2 Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung

I

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

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

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

2 Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 25 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

3 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

4 Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen 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 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 oder eine andere Altersgruppe 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.

7 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

II

Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

I

- 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 beschränkt werden.
- 4 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Abs. 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

I

- 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 von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 3 Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Abs. 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Abs. 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.
- 4 Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Abs. 4 bleiben unberührt.

5 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

II

Die Schweiz wird den in Abs. 5 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

I

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

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

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

II

Die Schweiz wird den in Abs. 3 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchst-richterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages 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.

3 Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Abs. 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

I

1 Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

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

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Abs. 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

I

1 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Abs. 1.

2 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

3 Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 € monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht.

4 Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 € monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Abs. 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

I

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

I

1 Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2 Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 € (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

3 Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Abs. 3 Satz 2 entfällt oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Abs. 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

4 In Abweichung zu § 1 Abs. 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

5 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

6 Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI.

7 Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

8 Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

9 Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

II
Die Schweiz wird den in Abs. 3 genannten Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

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

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

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

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

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- (1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
- (2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.
- (3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
 1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
 2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
 3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Tritt zukünftig in Kraft

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 123 Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrages über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Fassung November 2013

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/EPV 2013)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus:

Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/EPV 2009]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/EPV 2013]) und Teil III (Tarifen).

Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

1 Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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

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

4 Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 2 Satz 2 sind

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

5 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- 6 Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 7 Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- 8 **Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.**
- 9 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 10 Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- 11 Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf **Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum**. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei **Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte**.
- 12 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt 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 insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten.

Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

II

1 Ist das Risiko z. B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen.

2 Abweichend zu § 1 (11) Satz 1 MB/EPV 2009 erstreckt sich der Versicherungsschutz für die Pflegegeldversicherung weltweit. Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen als den in § 1 (11) MB/EPV 2009 genannten Staaten gelten § 15 (4) MB/EPV 2009 sowie die dazugehörigen Tarifbedingungen.

3 Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (11) MB/EPV 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

4 § 1 (1) Satz 2 MB/EPV 2009 gilt auch für die Pflegegeldversicherung.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

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

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

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

II

1 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/EPV 2009 ab Vollendung der Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

2 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/EPV 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeit

I

- 1 Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- 2 Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- 3 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

Die Wartezeit entfällt für alle versicherten Personen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

- 1 Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
 - d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversicherung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;
 - e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

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

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

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

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

II
1 *Abweichend von § 5 (1)a MB/EPV 2009 besteht Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die durch nicht vorhersehbare Kriegsereignisse während der Vertragslaufzeit verursacht wurden. Kriegsereignisse gelten dann als nicht vorhersehbar, wenn während des Aufenthalts im Aufenthaltsland keine Kriegsereignisse mehr stattfinden und für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht.*

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1)a MB/EPV 2009.

2 § 5 (2) MB/EPV 2009 **entfällt.**

3 **§ 5 (1) c, d) und e) MB/EPV 2009 gelten nicht für die Pflegegeldversicherung.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

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

7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

1 Das Pflegetagegeld wird in monatlichen Raten **jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.**

2 In Abweichung zu § 6 (1) MB/EPV 2009 wird das vereinbarte Pflegetagegeld für einen Zeitraum **von maximal 3 Jahren vor Antragstellung gezahlt, soweit die Pflegebedürftigkeit durch Nachweise der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) innerhalb dieses Zeitraums belegt ist und die weiteren Leistungsvoraussetzungen vorliegen.**

3 Nachweise der SPV oder PPV sind insbesondere die **Entscheidung zur Einstufung in die jeweilige Pflegestufe, einschließlich der Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit.**

4 Ruht der Leistungsanspruch in der SPV oder PPV gemäß § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder besteht in der SPV oder PPV kein Versicherungsschutz und ist deshalb eine Begutachtung durch die SPV oder PPV nicht möglich, **kann** der nach § 6 (2) MB/EPV 2009 erforderliche Nachweis **ausschließlich durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter, der die versicherte Person untersucht und gemäß § 1 (6) MB/EPV 2009 einstuft, erbracht werden. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer verlangen, einen Gutachter zu beauftragen.**

Die durch das Einholen eines vom Versicherer beauftragten Gutachtens entstehenden Kosten trägt der **Versicherer nur bis zu der Höhe, die bei einer Begutachtung durch die SPV oder PPV in Deutschland anfallen würden.**

5 Besondere Überweisungsformen sind Postbar und Überweisungen in das Ausland, die nicht mittels IBAN (International Bank Account Number) erfolgen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I
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 nachzahlen bzw. zurückzahlen.

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

- 3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- 4 Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- 5 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- 6 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- 7 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

- 1 Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.
- 2 Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0–16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17–20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.
- 3 Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.
- 4 Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

§ 8a Beitragsberechnung

I

- 1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- 2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen 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.

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

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

II
Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I
1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.

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

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

II
*Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/EPV 2009 eine Veränderung von **mehr als 5 %** der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.*

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

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

II

*In Abweichung zu § 9 (2) MB/EPV 2009 gilt die **Obliegenheit zur Anzeige gemäß § 5 (1)d) MB/EPV 2009 nicht in der Pflegetagegeldversicherung.***

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

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

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

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

II

*Soweit die Zahlung von Pflegetagegeld **für die Zeit vor Antragstellung** nach § 6 Nr. 2 der Tarifbedingungen geltend gemacht wird, bleibt eine Verletzung der Anzeigepflichten nach § 9 (1) und (2) MB/EPV 2009 **insoweit folgenlos**, als die Anzeigepflichten **unverzüglich bei Antragstellung** nach **Aufforderung** durch den Versicherer nachgeholt werden. Anderenfalls gilt § 10 (1) Satz 1 MB/EPV 2009.*

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

- 1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- 2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- 3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- 4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I

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

I

- 1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- 2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- 3 Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

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

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

II

1 Die **Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.**

2 Ein beendeter Versicherungsvertrag kann **unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters** wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies **innerhalb von sechs Monaten** nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung **spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird.** **Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

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

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, gelten § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

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

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

4 In der Pfl egetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

II

1 Abweichend zu § 15 (4) MB/EPV 2009 endet das Versicherungsverhältnis nicht mit der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz.

Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen als der in Satz 1 genannten Staaten verpflichtet sich der Versicherer zur Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer besonderen Vereinbarung, wenn dies innerhalb von 6 Monaten ab Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird. Der Versicherer kann einen Beitragszuschlag verlangen.

2 Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

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 höchststrichterliche 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.

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlusszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er in folgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [SGB V]

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann,

wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

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

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

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

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

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie

2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Bundesversorgungsgesetz [BVG]

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 281 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernde außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 481, 683, 876, 1.139 oder 1.400 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von

ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

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

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

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

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

Wesentliche Merkmale des Tarifs *OLGAflex*

Pflegetagegeld

in Abhängigkeit der Pflegestufe

- für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bzw.
- bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen)
- 100 % bei vollstationärer Pflege ab Pflegestufe I

Assistanceleistungen

- Benennung und Vermittlung von Dienstleistern

Mehrfachleistung

- 3-fache tarifliche Leistung bei erstmaligem Eintritt in die Pflegestufe III
- 150 Tage zusätzliches Pflegetagegeld bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Alternativ-Begutachtung

- nach ADL (activities of daily living) in Pflegestufe I – III
- nach Reisberg-Scala bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Beitragsgutschrift

- bei Pflegestufe III wird die tarifliche Leistung um den zu zahlenden Beitrag aufgestockt

Tarif *OLGAflex*

Pflegetagegeldversicherung

Fassung Februar 2014

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung [MB/EPV 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/EPV 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Tarif *OLGAflex* steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe *OLGAflex.AR* mit Bildung von Alterungsrückstellungen ab dem 21. Lebensjahr und
- Tarifstufe *OLGAflex.Ri* ohne Bildung von Alterungsrückstellungen.

Beide Tarifstufen sind mit Ausnahme der in Abschnitt I. und V. beschriebenen Abweichungen identisch.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern sie **bei Abschluss** in der deutschen sozialen Pflege-Pflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) versichert sind.

Die Versicherungsfähigkeit in Tarifstufe *OLGA/flex.Ri* ist dabei auf Personen mit einem Eintrittsalter von 21 bis 60 Jahren begrenzt.

II. Versicherungsleistungen

1. Pfl egetagegeld

Das Pfl egetagegeld wird **ohne Kostennachweis** und **ohne zeitliche Begrenzung** für jeden Tag der Pfl egebedürftigkeit gezahlt.

Maßgeblich für die Einordnung in eine der nachstehend genannten Pfl egestufen einschließlich der Pfl egebedürftigkeit in häuslicher, teilstationärer oder vollstationärer Pfl ege ist entweder

- a) die vorgenommene Einstufung durch die SPV oder PPV (siehe II.2. des Tarifs) bzw. durch einen gemäß § 6 (4) TB/EPV 2013 **beauftragten Gutachter**

oder – wahlweise – auf Antrag

- b) die **Alternativ-Begutachtung gemäß II.3. des Tarifs.**

Das Pfl egetagegeld beträgt bei Pfl egebedürftigkeit in Abhängigkeit der Pfl egestufe und der erforderlichen Unterbringung

	Pfl egestufe			
	0	I	II	III
häusliche oder teilstationäre Pfl ege	30 %	30 %	70 %	100 %
vollstationäre Pfl ege	30 %	100 %	100 %	100 %

des versicherten Tagessatzes.

2. Einstufung durch die SPV/PPV

2.1 Der Pfl egestufe I, II oder III werden pfl egebedürftige Personen gemäß §§ 14 und 15 SGB XI (siehe Anhang) bzw. gemäß § 1 Abs. 6 und 7 der MB/PPV (siehe Anhang) wie folgt zugeordnet:

- a) Pfl egebedürftige der Pfl egestufe I (erheblich Pfl egebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpfl ege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b) Pfl egebedürftige der Pfl egestufe II (Schwerpfl egebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpfl ege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- d) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

2.2 Der Pflegestufe 0 werden pflegebedürftige Personen zugeordnet, wenn gemäß § 45a SGB XI (siehe Anhang) bzw. Nr. 11 des Tarifs PV (siehe Anhang) erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz besteht und die versicherte Person in der SPV oder PPV nicht als pflegebedürftig mit mindestens der Pflegestufe I anerkannt wird.

3. Einstufung durch Alternativ-Begutachtung

3.1 Die versicherte Person kann sich auf **Basis des Gutachtens** zur Einstufung in der SPV/PPV nach den Kriterien gemäß II.3.3 bzw. II.3.4 dieses Tarifs begutachten lassen.

Diese alternative Begutachtung **ersetzt hinsichtlich des Leistungsanspruches aus diesem Tarif das Ergebnis der SPV-/PPV-Einstufung**

- bei Antragstellung auf alternative Begutachtung **innerhalb von 3 Monaten** nach der Erstbegutachtung zur SPV-/PPV-Einstufung **rückwirkend zum Antrag** auf Feststellung der **Pflegebedürftigkeit** in der SPV/PPV,
- bei späterer Antragstellung ab dem Antrag auf alternative Begutachtung.

Die versicherte Person kann den **Antrag auf Alternativ-Begutachtung jederzeit** – auch nur für die Zukunft – widerrufen.

Finden in der Folge weitere Begutachtungen zur Einstufung in der SPV/PPV statt (Folgebegutachtungen), sind diese Gutachten **dem Versicherten innerhalb von 3 Monaten** nach der jeweiligen Folgebegutachtung vorzulegen. In diesem Fall wird die Einstufung nach Alternativ-Begutachtung lückenlos unter Berücksichtigung der Folgebegutachtung fortgeführt. Bei verspäteter Vorlage endet die Einstufung nach Alternativ-Begutachtung rückwirkend zum Zeitpunkt der Folgebegutachtung und die Einstufung erfolgt wieder gemäß II.2. des Tarifs. Ein **erneuter Antrag auf alternative Begutachtung ist möglich**.

3.2 Für die Alternativ-Begutachtung sind dem Versicherten **die im Rahmen der SPV/PPV erstellten Gutachten zur Verfügung zu stellen**. Der Versicherte **kann** für die Alternativ-Begutachtung einen **weiteren Gutachter** beauftragen.

3.3 Alternativ-Begutachtung für Pflegestufe I – III nach ADL (activities of daily living)

Eine Zuordnung zu einer Pflegestufe nach ADL ist davon abhängig, dass der Versicherte in mindestens drei der nachstehend aufgeführten sechs Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf:

- An- und Auskleiden: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

- Waschen (Körperpflege): 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannelift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.
Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Die Einstufung in die Pflegestufe richtet sich nach der Anzahl der erreichten Punkte:

- Pflegestufe I bei 3 Punkten
- Pflegestufe II bei 4 bis 5 Punkten
- Pflegestufe III bei 6 Punkten

3.4 Alternativ-Begutachtung für Pflegestufe 0 aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz)

Pflegestufe 0 infolge eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten durch Krankheit oder Körperverletzung voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen der versicherten Person auswirken und sie oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufsichtigung bedarf.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung **zeitgemäßer Diagnoseverfahren** und standardisierter Testverfahren von einem **Facharzt für Neurologie** durchgeführt werden. Es muss mindestens mittelschwere Demenz (Schweregrad 5) gemäß der Global Deterioration Scale nach Reisberg (siehe Anhang) vorliegen.

4. **Assistanceleistungen**

4.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalls hat die versicherte Person Anspruch auf die **Benennung und Vermittlung** von Dienstleistern für:

- ambulante häusliche Pflegedienste,
- Pflegeheimplätze,
- Fahrdienste zu Ärzten und Behörden,
- die Anlieferung von Mahlzeiten (sog. »Essen auf Rädern«),
- die Besorgung der Einkäufe (Gegenstände des täglichen Bedarfs),
- das Bringen und Abholen von Reinigungswäsche,
- eine Haushaltshilfe,

- einen Haus-Notrufdienst,
- die Beratung rund um das Thema Pflege,
- die Unterstützung für das Ausfüllen von Anträgen,
- Pflegeschulungen für Angehörige,
- die Haustierbetreuung,
- die Garten- und Grundstückspflege.

4.2 Die unter II.4.1 des Tarifs genannten Dienstleistungen werden innerhalb von **24 Stunden** nach der Auftragserteilung benannt oder vermittelt (mit Ausnahme der **Pflegeheimplätze**).

4.3 Ein Anspruch auf die Assistenzleistungen besteht, sofern die benannte oder vermittelte Dienstleistung in Deutschland durchgeführt wird.

4.4 Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte sind nicht Gegenstand der tariflichen Leistung.

4.5 Werden Dienstleistungen gemäß II.4.1 des Tarifs nicht mehr angeboten oder sind neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar, gilt dies als Änderung im Sinne von § 18 MB/EPV 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können.

5. Mehrfachleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe III

5.1 Beim **erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe III** leistet der Versicherer in den ersten **30 Tagen des Leistungsanspruchs** aus dem Tarif heraus die **3-fache tarifliche Leistung**.

5.2 Bei **erstmaligem Eintritt in die Pflegestufe III unmittelbar** durch und innerhalb von **6 Monaten nach einem Unfall** leistet der Versicherer abweichend von II.5.1 des Tarifs in den ersten **30 Tagen des Leistungsanspruchs** aus dem Tarif heraus die **4-fache** tarifliche Leistung, für weitere **120 Tage des Leistungsanspruches die 2-fache** tarifliche Leistung.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Gesundheitsschäden durch Unfälle, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Sachen oder Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig eingetreten. Tierstiche oder -bisse, in deren Folge Pflegebedürftigkeit eintritt, gelten ebenfalls als Unfallereignis.

5.3 Während der Vertragslaufzeit kann nur eine Mehrfachleistung je versicherter Person in Anspruch genommen werden.

6. Beitragsgutschrift

6.1 Besteht Pflegebedürftigkeit **nach Pflegestufe III** für eine versicherte Person, wird die tarifliche Leistung um den für diese Person zu zahlenden Beitrag aufgestockt. Mehrfachleistungen gemäß II.5. des Tarifs bleiben hierbei unberücksichtigt.

6.2 Diese Beitragsgutschrift beginnt am Monatsersten nach der Einordnung in die Pflegestufe III. Sie erlischt mit **Ende des Monats**, in dem die Leistung **für die Pflegestufe III wegfällt**.

III. Erhöhung des Pflegetagegeldes

1.1 Das vereinbarte Pflegetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – wie folgt:

Zum **1. Juli des zweiten Kalenderjahres**, das auf die erstmalige Aufnahme in diesen Tarif folgt, danach alle 2 Jahre jeweils zum 1. Juli, wird das zuletzt vereinbarte Pflegetagegeld um **5 % erhöht**. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes wird auf volle 1 € aufgerundet.

1.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

1.3 Die Erhöhung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich ablehnt.

1.4 Das **Recht auf weitere Erhöhungen** des Pflegetagegeldes nach III.1.1 des Tarifs für eine versicherte Person **erlischt**, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person **mehr als zweimal** unmittelbar hintereinander **widersprochen** hat. Das Recht kann über eine Gesundheitsprüfung mit der Zustimmung des Versicherers neu erworben werden.

IV. Abweichungen von den MB/EPV 2009

1. Abweichend von § 5 (1b) MB/EPV 2009 leistet dieser Tarif **auch für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen**.

2. Abweichend von § 5 (1f) MB/EPV 2009 **leistet dieser Tarif auch bei Durchführung einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, sofern die Pflegebedürftigkeit schon vor Beginn der stationären Heilbehandlung im Krankenhaus, der stationären Rehabilitationsmaßnahme bzw. der Kur- und Sanatoriumsbehandlung gutachterlich festgestellt wurde**.

3. Abweichend von § 9 (6) MB/EPV 2009 verzichtet der **Versicherer auf die Anzeige** eines Neuabschlusses einer **weiteren oder der Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit**, sofern es sich um eine Absicherung im Rahmen der **betrieblichen Krankenversicherung** oder mit **staatlicher Förderung** handelt.

4. Abweichend von § 14 (1) MB/EPV 2009 verzichtet der Versicherer auch in Tarifstufe **OLGA/lex.Ri auf das ordentliche Kündigungsrecht**.

V. Besondere Bestimmungen

1. Beginn und Ende der Versicherung in Tarifstufe OLGA/lex.Ri

1.1 Versicherungsfähige Personen können bis zum Ablauf des Jahres, **in dem sie das 60. Lebensjahr vollenden**, in Tarifstufe OLGA/lex.Ri aufgenommen werden.

1.2 Die Versicherung in Tarifstufe OLGA/lex.Ri endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

2. Planmäßige Umstellung

2.1 Das nach Tarifstufe *OLGAflex.Ri* versicherte Pflegetagegeld wird planmäßig – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – in Tarifstufe *OLGAflex.AR* wie folgt umgestellt:

2.1.1 Zum 1. Juli des fünften Kalenderjahres, das auf die Aufnahme in diesen Tarif folgt, danach alle 2 Jahre jeweils zum 1. Juli, werden 10 € des in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* versicherten Tagegeldes in die Tarifstufe *OLGAflex.AR* umgestellt, höchstens jedoch das versicherte Tagegeld in Tarifstufe *OLGAflex.Ri*.

2.1.2 Vollendet die versicherte Person das 60. Lebensjahr, bevor das in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* versicherte Tagegeld vollständig umgestellt ist, erfolgt die Umstellung des verbleibenden Tagegeldes zum 1. Januar des Jahres, das auf die Vollendung des 60. Lebensjahres folgt.

2.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld nach Tarifstufe *OLGAflex.AR* wird nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

2.3 Die Umstellung wird dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Umstellung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich ablehnt.

3. Freiwillige Umstellung

3.1 Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in die jeweils andere Tarifstufe frühestens zum nächsten Monatsersten verlangen. Das versicherte Pflegetagegeld kann dabei auf beide Tarifstufen aufgeteilt werden.

3.2 Eine Umstellung gemäß V.3.1 des Tarifs erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, sofern das Pflegetagegeld in der Summe beider Tarifstufen unverändert bleibt. Erhöht sich das Pflegetagegeld in der Summe beider Tarifstufen, erfolgt eine Risikoprüfung für den erhöhten Teil.

3.3 Der Beitrag für das umgestellte Pflegetagegeld richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Eintrittsalter.

3.4 Wird aus Tarifstufe *OLGAflex.AR* – auch teilweise – in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* umgestellt, so bleibt die für diesen Teil gebildete Alterungsrückstellung erhalten und wird bei einem Rückwechsel angerechnet.

3.5 Endet die Versicherung in Tarifstufe *OLGAflex.Ri* ganz oder teilweise, ohne dass vom Umstellungsrecht Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte für den beendeten Teil; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

4. Beitragsfestsetzung

4.1 Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt bzw. die Umstellung erfolgt.

4.2 In Tarifstufe *OLGAflex.Ri* zahlen Erwachsene den Beitrag für die Altersgruppe 21–50 bis zum Ende des Jahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an ist der Beitrag für die Altersgruppe 51–60 zu zahlen.

4.3 Für die Festsetzung der Beiträge in Tarifstufe *OLGAflex.AR* gilt das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Eintrittsalter.

VI. Optionsrecht

Führt der Versicherer in Folge der Änderung der gesetzlichen Grundlage in der SPV/PPV für die Einstufung in die Pflegestufen bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz neue Tarife ein, haben die versicherten Personen die Option, in einen solchen Tarif zu wechseln.

Das **Optionsrecht muss innerhalb von 3 Monaten nach Einführung** des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Pflegetagegeldes. Bisher vereinbarte Zuschläge können entsprechend geändert werden.

VII. Anpassung des Versicherungsschutzes

Eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) gilt, sofern sie den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen, ebenfalls als Änderung im Sinne von § 18 MB/EPV 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistung und Beiträge dieses Tarifs überprüft und die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können.

Anhang

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung [MB/PPV]

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 6 Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 7 Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Tarif PV

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 100 € (Grundbetrag) oder 200 € (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des vom Versicherer beauftragten Arztes oder des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 4) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

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

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

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

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

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Reisberg-Skala »Global Deterioration Scale – GDS«

Die GDS beschreibt 7 Stadien kognitiver Leistungseinbußen, die direkt operationalisiert sind und in einem Rating global eingeschätzt werden. Die einzelnen Stufen entsprechen folgenden Stadien der Demenz:

Stufe	Kognitive Leistungseinbußen	Klinische Wertung der Demenzstadien			
1	keine	normal			
2	zweifelhafte	normal			
3	geringe		leicht		
4	mäßige		leicht-mittel		
5	mittelschwere			mittel	
6	schwere			mittel-schwer	
7	sehr schwere				schwer

Die Beurteilung des Patienten erfolgt nach Durchführung eines klinischen Interviews. Die beobachteten Leistungsbeeinträchtigungen werden global einem Stadium zugeordnet. Zur Erleichterung der Einschätzung ist jede Stufe anhand von Kriterien beschrieben:

Zum Beispiel Stufe 5:

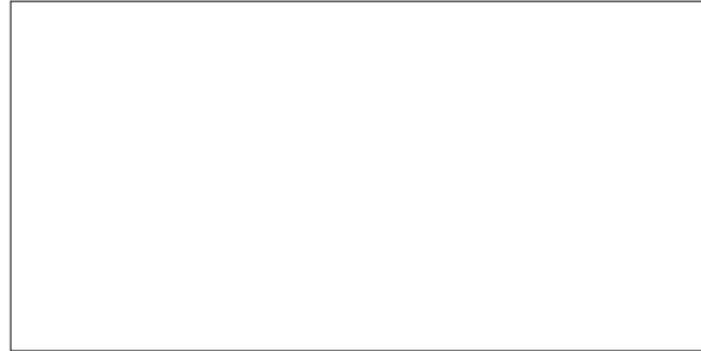
Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen

Die/Der Patient/in kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, z. B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat. Häufig besteht Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort.

Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Viererschritten oder beginnend bei 20 in Zweierschritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso gut wie den des Ehepartners oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z. B. wählen sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang).



Wir sind für Sie da!



HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de · www.hallesche.de

ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern