

Deutsche PrivatPflege

Pflegetagegeldversicherung

Tarifestufen

421, 423, 432

428, 442 - 444

430

Tarifestufen Beitragsbefreiung

421 B, 423 B

Aufbautarif

Tarifestufe 495

Die Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)

Deutsche PrivatPflege

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, weltweiter Versicherungsschutz, Versicherungsjahr, Wartezeiten, Umfang des Versicherungsschutzes

Aufnahmefähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, kann die Versicherung nach diesem Tarif bestehen bleiben.

Für den Aufbautarif Tarifstufe 495 gilt zusätzlich:

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die Versicherungsschutz in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege - MB/GEV 2017 mit Tarif 490) besteht. Der Versicherungsschutz muss zum selben Versicherungsbeginn beantragt werden. Endet die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung im Aufbautarif, Tarifstufe 495.

Tarifstufe 495 kann ausschließlich in Höhe des in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege) versicherten Pflegetagegeldes abgeschlossen werden.

Für die Tarifstufen 442 - 444 gilt zusätzlich:

Die Tarifstufen können nicht alleine abgeschlossen werden und auch nicht alleine fortbestehen. Es muss zusätzlich zu diesen Tarifstufen mindestens der Versicherungsschutz für die nächst höheren Pflegegrade bis einschließlich Pflegegrad 5 in einem nicht geförderten ergänzenden Pflegetagegeldtarif beim Münchener Verein abgeschlossen werden und fortbestehen. Die Tarifstufe 442 kann nur gemeinsam mit einer Absicherung für häusliche Pflege in Pflegegrad 2 und Tarifstufe 443 mit einer Absicherung für häusliche Pflege in Pflegegrad 3 abgeschlossen und fortgeführt werden.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Abweichend von § 3 AB/PV wird auf die Einhaltung von Wartezeiten verzichtet.

Abweichend von §§ 1 Absatz 5, 15 Absätze 3 und 4 AB/PV und den jeweiligen Erweiterungen hierzu besteht Versicherungsschutz weltweit.

Abweichend von § 5 Absatz 1 a AB/PV besteht Leistungsanspruch für einen durch ein Kriegsereignis eingetretenen Versicherungsfall, wenn eine versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird. Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Antritt der Reise keine Reisewarnung für das betroffene Gebiet und die Reisezeit veröffentlicht hat. Wird eine Reisewarnung erst nach Antritt der Reise veröffentlicht, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend. Versicherungsschutz besteht, solange die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das von der Reisewarnung betroffene Gebiet zu verlassen. Entsprechendes gilt für Terrorereignisse.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV).

2. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufen 430, 421, 432, 423, 442 - 444, 428)

Die Deutsche PrivatPflege kann in acht Tarifstufen abgeschlossen werden:

2.1 Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 430: Leistungen für Pflegegrade 1 - 5
in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
in Pflegegrad 2 - 5: 100 %
- Tarifstufe 421: Leistungen für Pflegegrade 2 - 5
100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 432: Leistungen für Pflegegrade 3 - 5
100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 423: Leistungen für Pflegegrade 4 - 5
in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
in Pflegegrad 5: 100 %.

2.2 Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 442: Leistungen für Pflegegrad 2
100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 443: Leistungen für Pflegegrad 3
100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 444: Leistungen für Pflegegrad 4
100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 428: Leistungen für Pflegegrade 4 - 5
in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
in Pflegegrad 5: 100 %.

3. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufe 495)

Tarifstufe 495 leistet ein Tagegeld bei häuslicher und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim nach Maßgabe des im Tarif FörderPflege versicherten Tagegeldes.

Das Pflegetagegeld beläuft sich

- bei Pflegegrad 1 auf 10 % des im Tarif FörderPflege versicherten Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5,
- bei Pflegegrad 2 auf 20 %,
- bei Pflegegrad 3 auf 30 %
- bei Pflegegrad 4 auf 40 % und
- bei Pflegegrad 5 auf 100 %.

4. Beitragsbefreiung

Zusätzlich zum Pflegetagegeld kann eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 (Tarifstufe 421B) oder ab Pflegegrad 4 (Tarifstufe 423 B) vereinbart werden.

Die Beitragsbefreiung muss stets für den gesamten Beitrag der versicherten Pflegetagegeld-Tarifstufen vereinbart sein.

Die Beitragsbefreiung gilt solange, wie die entsprechende Pflegebedürftigkeit besteht. Sie entfällt ab dem Ersten des Folgemonats, ab dem keine Pflegebedürftigkeit mehr in der oder den gewählten Pflegegraden besteht.

5. Leistungsumfang

5.1 Das ab dem jeweiligen Pflegegrad versicherte Pflegetagegeld sowie Art und Umfang der Beitragsbefreiung ist im Versicherungsschein oder einem Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentiert.

5.2 Tarifstufen 430, 421, 423, 432, 442 - 444, 428:
Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in den Tarifstufen 421, 423, 430 sowie 432 bei häuslicher und vollstationärer Pflege und in den Tarifstufen 428, 442 - 444 bei vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit geleistet. Entsprechendes gilt - soweit vereinbart - für Art und Umfang der Beitragsbefreiung.

5.3 Tarifstufe 495:

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in **Tarifstufe 495** bei häuslicher und vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis geleistet

- im vierten und fünften Jahr ab Versicherungsbeginn,
- für eine aufgrund eines Unfallereignisses nach Beginn des Versicherungsschutzes eintretende Pflegebedürftigkeit ab Eintritt der unfallbedingten Pflegebedürftigkeit,

bis zum Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn und zwar für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn der Leistung aus dem Tarif FörderPflege.

Darüber hinaus wird das vereinbarte Pflegetagegeld geleistet, wenn die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FörderPflege) gemäß § 26 Absatz 3 MB/GEPU 2017 (Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist) als Anwartschaftsversicherung geführt wird. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn oder der Fortführung der Leistung aus dem Tarif FörderPflege.

Eine Beitragsbefreiung für Tarifstufe 495 kann gemäß den unter Ziffer 4 aufgeführten Tarifstufen vereinbart werden.

5.4 Maßgeblich für die Einordnung in einen Pflegegrad ist die Feststellung gemäß § 1a AB/PV durch den medizinischen Dienst der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung). Das gilt ebenfalls für Änderungen der Art der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer entsprechende Nachweise vorzulegen.

5.5 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen (Pflegetagegeld; Beitragsbefreiung) auf seinen Antrag hin. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Der Leistungsanspruch endet mit dem Tag, an dem die Leistungsvoraussetzungen entfallen.

6. Leistungsnachweis

6.1 Als Leistungsnachweis dient die Vorlage des Nachweises der gesetzlichen Pflegeversicherung über die Einstufung in einen Pflegegrad (Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung - MDK oder Medicproof - und der Bewilligungsbehörde der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung).

Ist eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung wegen Aufenthaltes im Ausland nicht möglich, beauftragt der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs Elftes Buch (SGB XI), feststellt. In diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten durch den vom Versicherer zur Untersuchung im Ausland beauftragten Gutachter hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

6.2 Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades können vom Versicherer verlangt werden. Das gilt auch für die Vorlage einer in Deutschland amtlich anerkannten Lebendbescheinigung der pflegebedürftigen Person, deren Kosten der Versicherer bis zu der Höhe erstattet, wie sie für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen würden.

7. Regelmäßige Erhöhung der Leistungen: Dynamik in den Tarifstufen 430, 421, 423, 432, 442 - 444, 428

7.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Erhöhung des Pflegetagegeldes, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

7.2 Die Anpassung erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch

nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer schriftlich über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.

- 7.3 Das zusätzliche Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass sich ein Mehrbeitrag entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren ergibt. Der hinzukommende Beitrag beläuft sich jedoch auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % des bisherigen Beitrags begrenzt. Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen; es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
- 7.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.
- 8. Aufbauarbit Tarifstufe 495: Dynamik-Option
(Option auf Höherversicherung im Tarif FörderPflege)**
- 8.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Höherversicherung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.
- 8.2 Das zusätzliche Pflegetagegeld für Tarif FörderPflege wird wie folgt festgesetzt:
Der Beitrag aus der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege) ist die Berechnungsbasis für die Ermittlung des Mehrbeitrags entsprechend der Erhöhung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren. Dieser Mehrbeitrag beläuft sich jedoch immer auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % der Berechnungsbasis begrenzt. Das zusätzliche oder neu abzuschließende Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass es dem ermittelten Mehrbeitrag entspricht. Der sich ergebende Mehrbeitrag löst in Tarif FörderPflege und in Tarifstufe 495 eine Höherversicherung auf das bisherige Pflegetagegeld aus.
Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter.
- 8.3 Die Anpassung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages nach Tarifstufe 495 oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer den Versicherungsnehmer schriftlich über die Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes im Tarif FörderPflege und in Tarifstufe 495.
Die Erhöhung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.
- 8.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.
- 9. Umstellungsoption**
- Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes nicht übersteigt.
Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.
Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer schriftlich über die Einführung eines der Pflegereform entsprechenden neuen Tarifs. Der Versicherungsnehmer kann die Option nur innerhalb von drei Monaten seit Erteilung dieser Information durch Abgabe einer Erklärung auf einem Formblatt des Versicherers ausüben.
- 10. Leistungen des Versicherungsnehmers**
- Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.