

Tarif PflegePlus

	Seite
1. Aufnahmefähigkeit	2
2. Versichertes Pflegetagegeld	2
3. Versicherungsleistungen	2
4. Beitragsfreistellung.....	2
5. Einmalzahlung.....	2
6. Wartezeit	2
7. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes.....	3
8. Optionsrecht auf Erhöhung des Pflegetagegeldes	3

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/PG 2017)

	Seite
Versicherungsschutz	
§ 1 Gegenstand des Versicherungsschutzes	4
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	5
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	6
§ 4 Wartezeit	6
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	6
§ 6 Geltungsbereich	6
Leistungspflicht	
§ 7 Beginn der Leistungspflicht.....	6
§ 8 Feststellung der Leistungspflicht	6
§ 9 Umfang der Leistungspflicht	7
§ 10 Einschränkung der Leistungspflicht.....	7
Leistungen des Versicherers	
§ 11 Fälligkeit der Leistungen	7
§ 12 Auszahlung der Leistungen.....	7
§ 13 Verpfändung.....	7
§ 14 Überschussbeteiligung	8
Beiträge	
§ 15 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	8
§ 16 Berechnung des Beitrags	8
§ 17 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	9
§ 18 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	9
§ 19 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	9

	Seite
Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 20 Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag	9
§ 21 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen..	10
§ 22 Tarifwechsel.....	10
§ 23 Versicherung von Neugeborenen, Adoption	10
Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 24 Allgemeines	11
§ 25 Einzelne Obliegenheiten	11
§ 26 Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	11
Dauer und Ende der Versicherung	
§ 27 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	12
§ 28 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	12
§ 29 Kündigung durch den Versicherer	12
§ 30 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	12
Weitere Regelungen	
§ 31 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	13
§ 32 Anwendbares Recht.....	13
§ 33 Gerichtsstand	13
§ 34 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	13
§ 35 Verjährung	13
§ 36 Überleitungsregel für Leistungsbezieher	14
Streitschlichtungsstellen	15
Auszüge aus Gesetzen	16

Der Tarif PflegePlus gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB/PG 2017).

1. Aufnahmefähigkeit Aufnahmefähig nach Tarif PflegePlus sind Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland, die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung (PPV oder SPV) versichert sind.

2. Versichertes Pflegetagegeld Das Pflegetagegeld kann als Vielfaches von einem Euro pro Tag bzw. als Vielfaches von 30,00 EUR pro Monat abgeschlossen werden.

3. Versicherungsleistungen Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von

- der Höhe des versicherten Pflegetagegeldes und
- dem festgestellten Pflegegrad (Einstufung) und
- der Art der Pflege (häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege).

Während eines Aufenthaltes in einem Land außerhalb der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und außerhalb der Schweiz gelten bei Pflegebedürftigkeit, unabhängig von der Art der Pflege, ausschließlich die Erstattungsprozentsätze für häusliche oder teilstationäre Pflege.

Einstufung	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Art der Pflege					
häusliche oder teilstationäre Pflege	10 % des versicherten Pflegetagegeldes	30 % des versicherten Pflegetagegeldes	60 % des versicherten Pflegetagegeldes	100 % des versicherten Pflegetagegeldes	100 % des versicherten Pflegetagegeldes
vollstationäre Pflege	10 % des versicherten Pflegetagegeldes	100 % des versicherten Pflegetagegeldes	100 % des versicherten Pflegetagegeldes	100 % des versicherten Pflegetagegeldes	100 % des versicherten Pflegetagegeldes

Für die Dauer der Pflegebedürftigkeit wird das Pflegetagegeld für jeden Monat – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage – in 30 Tagessätzen gezahlt.

Bei untermonatlichem Beginn oder Ende der Pflegebedürftigkeit wird das Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt. Ändert sich die Einstufung oder die Art der Pflege, wird für den Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflegetagegeld gezahlt.

4. Beitragsfreistellung Erfolgt eine Einstufung der versicherten Person in die Pflegegrade 4 oder 5, sind für die versicherte Person keine Beiträge zu zahlen. Die Beitragsfreistellung gilt für jeden Monat, in dem mindestens für einen Tag Pflegebedürftigkeit nach den vorgenannten Pflegegraden besteht.

5. Einmalzahlung Zum Zeitpunkt der erstmaligen Einstufung in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung erbracht. Die Höhe der Einmalzahlung beträgt das 60-fache des für Pflegegrad 5 versicherten Pflegetagegeldes. Diese Leistung wird für jede versicherte Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit nach Tarif PflegePlus erbracht.

6. Wartezeit Abweichend von § 4 AVB/PG 2017 beträgt die Wartezeit 12 Monate. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

7. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

7.1 Zeitpunkt und Umfang

Erstmalig zum 01.01.2017 und danach von diesem Zeitpunkt an gerechnet in Abständen von jeweils drei Jahren wird das versicherte Pflegetagegeld erhöht. Die Erhöhung beträgt 10 % des zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Pflegetagegeldes. Bei der Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes wird auf den nächsten vollen Eurobetrag aufgerundet.

Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhung mindestens 36 Monate ununterbrochen nach Tarif PflegePlus versichert ist.

Die Erhöhung erfolgt auch dann, wenn die versicherte Person bereits Pflegetagegeld nach Tarif PflegePlus bezieht.

7.2 Beitrag

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Die Erhöhung wird ohne erneute Risikoprüfung und abweichend von § 4 Satz 3 AVB/PG 2017 ohne erneute Wartezeit vorgenommen. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

7.3 Wirksamwerden

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden schriftlich über die Erhöhung informiert. Die Erhöhung gilt für jede versicherte Person als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden widerspricht. Der Widerspruch kann sich auf einzelne versicherte Personen beschränken. Widerspricht der Versicherungsnehmer drei Erhöhungen für die versicherte Person in Folge, werden für diese versicherte Person zukünftig keine weiteren Erhöhungen gemäß Nr. 7 angeboten.

8. Optionsrecht auf Erhöhung des Pflegetagegeldes

8.1 Zeitpunkt und Umfang

Zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 30., 35., 40., 45., 50. und 55. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Optionstermin), hat der Versicherungsnehmer das Recht, für diese Person die Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes zu verlangen. Dabei kann das zum Zeitpunkt des Optionstermins versicherte Pflegetagegeld um jeweils bis zu 25 % erhöht werden.

8.2 Voraussetzungen

Das Optionsrecht kann nur dann ausgeübt werden, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es werden zum Zeitpunkt des Optionstermins keine Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit bezogen noch sind solche Leistungen beantragt.
- Innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Optionstermin bestand kein Beitragsverzug.
- Die Erhöhung wird spätestens drei Monate nach Erreichen des Optionstermins beantragt.

8.3 Beitrag

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Die Erhöhung wird ohne erneute Risikoprüfung und abweichend von § 4 Satz 3 AVB/PG 2017 ohne erneute Wartezeit vorgenommen. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand des Versicherungsschutzes

(1) Allgemeines

Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vereinbarte Pflegetagegeld und erbringt sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er außerdem damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach Maßgabe der Absätze 3 bis 7. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 5 festgelegten Schwere bestehen.

(4) Kriterien der Pflegebedürftigkeit

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

-
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter Nr. 1 bis Nr. 6 genannten Bereiche berücksichtigt.

(5) Ermittlung des Pflegegrads

Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 4 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert unter Nr. 1 bis Nr. 6. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

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

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

(6) Zuordnung eines Pflegegrades bei Kindern

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gilt Absatz 5 entsprechend, wobei pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten bis zur Vollendung des 18. Monats davon abweichend wie folgt eingestuft werden:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(7) Stationäre Pflege

Stationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Bedingungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige

- a) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
- b) ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Bedingungen.

Wird die vollstationäre Pflege im Pflegeheim durch einen vorübergehenden Aufenthalt in einer stationären Einrichtung oder einem Krankenhaus unterbrochen, werden für diesen Zeitraum weiterhin Leistungen für vollstationäre Pflege im tariflichen Umfang erbracht, soweit der Platz im Pflegeheim aufrechterhalten wird.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PG 2017), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit.</p> <p>Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.</p> <p>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 diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p>
§ 4 Wartezeit	<p>Wartezeiten bestehen nicht.</p>
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>
§ 6 Geltungsbereich	<p>Der Versicherungsschutz besteht weltweit.</p>

Leistungspflicht

§ 7 Beginn der Leistungspflicht	<p>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.</p> <p>Wird nachgewiesen, dass für den Zeitraum vor Antragstellung bereits Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung bezogen wurden, wird das Pflegetagegeld für diesen Zeitraum – abweichend von Satz 2 – auch rückwirkend erbracht.</p>
§ 8 Feststellung der Leistungspflicht	<p>(1) Übernahme der Feststellungen aus der Pflegepflichtversicherung</p> <p>Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beantragung von Versicherungsleistungen in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung versichert, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad maßgebend und vom Antragsteller nachzuweisen. Entsprechendes gilt bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades.</p> <p>(2) Feststellungen der Pflegebedürftigkeit durch den Versicherer</p> <p>Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beantragung von Versicherungsleistungen nicht in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung versichert, sind Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Mit der Durchführung der Untersuchung kann auch der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern. Die Untersuchung der versicherten Person kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn die Beurteilung nach Aktenlage möglich ist.</p> <p>Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalls behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.</p> <p>Findet die Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland statt, sind die dadurch entstehenden Mehrkosten (z. B. Reisekosten, Unterkunft und Spesen für einen in Deutschland ansässigen Arzt) vom Versicherungsnehmer zu tragen. Vor der Beauftragung der Untersuchung kann der Versicherer einen Kostenvorschuss vom Versicherungsnehmer verlangen.</p>

§ 9 Umfang der Leistungspflicht	<p>(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.</p> <p>(2) Änderung des Pflegegrades Ändert sich der Pflegegrad während des Leistungsbezugs, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.</p> <p>(3) Wegfall der Pflegebedürftigkeit Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Wegfall der Pflegebedürftigkeit.</p> <p>(4) Tod der versicherten Person Verstirbt die versicherte Person, endet die Leistungspflicht des Versicherers zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person verstorben ist.</p> <p>(5) Auskunftsrechte Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung 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. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>
§ 10 Einschränkung der Leistungspflicht	<p>Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, gilt diese Einschränkung der Leistungspflicht nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat.</p>
Leistungen des Versicherers	
§ 11 Fälligkeit der Leistungen	<p>Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.</p> <p>Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Kundeninformation).</p>
§ 12 Auszahlung der Leistungen	<p>(1) Leistungsempfänger Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.</p> <p>Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt hat.</p> <p>(2) Fälligkeit der Leistungen Das Pflegetagegeld wird jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.</p> <p>(3) Überweisungs- und Übersetzungskosten Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein inländisches Konto; bei Überweisung auf ein ausländisches Konto können anfallende Gebühren mit den Leistungen verrechnet werden. Die Kosten für Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.</p>
§ 13 Verpfändung	<p>Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.</p>

§ 14 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

Beiträge

§ 15 Fälligkeit und Zahlungsweise

(1) Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist frühestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(2) Lastschrifteinzug

Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(3) Sonstige Zahlungsweise

Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.

§ 16 Berechnung des Beitrags

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 18. Lebensjahres

Für Kinder und Jugendliche ist vom Beginn des Jahres an, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

(3) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und 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 während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

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

(5) Risikozuschläge bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(6) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 17

Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Rücktritt des Versicherers

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Leistungsfreiheit des Versicherers

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

§ 18

Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer auf Kosten des Versicherungsnehmers die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die gemäß § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. 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 und der Versicherungsnehmer hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

§ 19

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt gemäß § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 20

Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zu mindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 21

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif 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) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 22

Tarifwechsel

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; eine 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 der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt. Der Wechselanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 23

Versicherung von Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit mit 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. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche, kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn ein Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate beim Versicherer versichert ist.

Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtsschäden.

(2) Späterer Antrag/ Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Absatz 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

(3) Adoption

Minderjährige adoptierte Kinder können entsprechend Absatz 1 angemeldet werden. Besteht ein erhöhtes Risiko, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Im Übrigen steht die Adoption der Geburt gleich.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 24 Allgemeines	Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in § 25 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.
§ 25 Einzelne Obliegenheiten	<p>(1) Nachweis des Eintritts des Versicherungsfalls</p> <p>Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer durch Vorlage eines Nachweises (siehe § 11) unter Angabe des Befundes, der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Sofern Nachweise im Auftrag der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen. Für den Beginn der Leistungspflicht des Versicherers gelten die §§ 7 und 8.</p> <p>(2) Nachweis der Fortdauer des Versicherungsfalls</p> <p>Das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers in angemessenen Abständen nachzuweisen.</p> <p>Der Nachweis gilt als erbracht, wenn dem Versicherer entsprechende Bescheinigungen des medizinischen Dienstes oder geeignete Leistungsnachweise der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung vorgelegt werden.</p> <p>Ist die versicherte Person zum fraglichen Zeitpunkt nicht in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung versichert, gilt § 8 Abs. 2 entsprechend.</p> <p>(3) Anzeige von Wegfall und Minderung der Pflegebedürftigkeit</p> <p>Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.</p> <p>(4) Nachweis von Beginn und Fortdauer vollstationärer Pflege</p> <p>Der Beginn und – in angemessenen Abständen – die Fortdauer vollstationärer Pflege sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.</p> <p>(5) Anzeige der Beendigung vollstationärer Pflege</p> <p>Die Beendigung von vollstationärer Pflege ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.</p> <p>(6) Erteilung von Auskünften</p> <p>Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.</p> <p>(7) Ärztliche Untersuchung</p> <p>Bei berechtigtem Interesse des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherer. Findet die ärztliche Untersuchung im Ausland statt, sind die dadurch entstehenden Mehrkosten (z. B. Reisekosten, Unterkunft und Spesen für einen in Deutschland ansässigen Arzt) vom Versicherungsnehmer zu tragen.</p> <p>(8) Änderung von Name oder Anschrift</p> <p>Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.</p>
§ 26 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	Bei Verletzung einer Obliegenheit gemäß § 25 Abs. 1 bis 7 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 27 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	<p>(1) Vertragsdauer Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.</p> <p>(2) Versicherungsjahr Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.</p>
§ 28 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<p>(1) Ordentliche Kündigung Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p> <p>(2) Vertraglich geregelte Beitragsänderung 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 ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.</p> <p>(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.</p> <p>(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.</p> <p>(5) Fortführung als Anwartschaftsversicherung Soweit die Pflegezeitgeldversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.</p>
§ 29 Kündigung durch den Versicherer	<p>(1) Ordentliche Kündigung Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung der Versicherung.</p> <p>(2) Außerordentliche Kündigung Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>
§ 30 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	<p>(1) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p>

(2) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherer

Wird die Pflegegeldversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Der Versicherer hat die versicherten Personen in Textform über die Kündigung und das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären, zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht erlangt hat.

(3) Trennung/ Scheidung

Ein getrenntlebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrenntlebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 31 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 32 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 33 Gerichtsstand	<p>(1) Klagen des Versicherungsnehmers</p> <p>Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.</p> <p>(2) Klagen des Versicherers</p> <p>Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz</p> <p>Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.</p>
§ 34 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
§ 35 Verjährung	<p>(1) Verjährungsfrist</p> <p>Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen.</p> <p>(2) Hemmung der Verjährung</p> <p>Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.</p>

§ 36

Überleitungsregel für Leistungsbezieher

(1) Zuordnung

Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Mitteilung der Zuordnung durch den Versicherer

Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherte Person (§ 12 Abs. 1) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Bestandsschutz

Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Das Pflegegeld wird jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 22 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:
 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
 1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
 5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
 3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
 4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.
- (3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.
- (5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
- (6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

- (7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 14 VVG 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.

§ 19 VVG Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 38 VVG 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.

§ 150 VAG Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegeitagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.
- (3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienerrsenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienerrsenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegeitagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.
- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Die Prämienerrmäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
Telefax 02 21/16 36 - 2 00
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe