

Tarife PG1 / PG2 / PG3 / PG4

Pflege tagegeld für die Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5

Geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife)

Teil II Tarife

Pflege tagegeld

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege tagegeldversicherung (MB/EPV 2017) für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife).

Aufnahmefähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die über eine deutsche Pflegepflichtversicherung verfügen. Erlischt die Pflegepflichtversicherung, kann eine bereits bestehende Versicherung nach einem der Tarife PG1, PG2, PG3 sowie PG4 weitergeführt werden.

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege tagegeldversicherung zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

1. Pflege tagegeld

Für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit wird ohne Kostennachweis ein Pflege tagegeld in Abhängigkeit des Pflegegrades gezahlt, sofern der Tarif Leistungen für den erreichten Pflegegrad vorsieht.

Die Leistung ist abhängig vom vereinbarten Pflege tagegeld im erreichten Pflegegrad. Die versicherte Person erhält im Leistungsfall den Tagessatz des erreichten und der darunterliegenden Pflegegrade.

Tarif PG1 erstattet 100 % des vereinbarten Pflege tagegeldes bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 1 oder 250 % des vereinbarten Pflege tagegeldes im Pflegegrad 2 oder einer der darüber liegenden Pflegegrade.

Tarif PG2 erstattet 100 % des vereinbarten Pflege tagegeldes bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 2 oder einer der darüber liegenden Pflegegrade.

Tarif PG3 erstattet 100 % des vereinbarten Pflege tagegeldes bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3 oder 125 % des vereinbarten Pflege tagegeldes bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 4 oder des darüber liegenden Pflegegrades.

Tarif PG4 erstattet 100 % des vereinbarten Pflege tagegeldes bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 4 oder 250 % des vereinbarten Pflege tagegeldes bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 5.

Das Pflege tagegeld wird auch dann in tariflicher Höhe gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen, z. B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer, übernommen wird.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades richten wir uns ausschließlich nach dem Inhalt des Gutachtens des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Mediproof sowie des Pflegebescheids der zuständigen Pflegekasse.

Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person z. B. nicht mehr Mitglied der deutschen sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung ist oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, erfolgt die Feststellung durch einen von uns beauftragten Gutachter. Erstattet werden nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten für die Begutachtung durch den beauftragten Gutachter im Ausland sind durch die versicherte Person zu tragen.

Sollte es nicht möglich sein, eine erstmalige Feststellung oder Folgefeststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland durchzuführen und hieraus ein Pflegegutachten zu erstellen, das den deutschen Qualitäts- und sozialrechtlichen Anforderungen an ein Pflegegutachten gerecht wird, können wir verlangen, dass die Begutachtung in Deutschland durchgeführt wird. Die hierdurch entstehenden Untersuchungskosten werden von uns erstattet, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

Änderungen der Leistungsvoraussetzungen, z. B. des Pflegegrades, sind dem Versicherer unverzüglich, ohne schuldhaftes Verzögern, anzuzeigen. Die entsprechenden Leistungen des Versicherers ändern sich zum Ersten des Monats, zu dem die Änderungen der Leistungsvoraussetzungen wirksam werden. Wir verweisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege tagegeldversicherung (MB/EPV 2017).

2. Anpassung der Versicherungsleistungen und der Beiträge

Der Versicherer erhöht das Pflege tagegeld – unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in Zeitabständen von 5 Jahren. Bei der Erhöhung des Pflege tagegeldes wird die Steigerung des Lebenshaltungskostenindex des Statistischen Bundesamtes zu Grunde gelegt. Die Erhöhung wird dabei auf 5 Euro kaufmännisch gerundet. Bei einer eventuellen Reduzierung des Lebenshaltungskostenindex erfolgt jedoch keine Verringerung der Versicherungsleistung.

Mit der Erhöhung der Versicherungsleistung geht eine Erhöhung des Beitrags einher. Die Erhöhung des Beitrags erfolgt im selben Verhältnis wie die Erhöhung der Versicherungsleistung. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pflege tagegeld.

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung einen erneuten Versicherungsschein. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des Monats in Textform widerspricht, zu dem die Änderung wirksam geworden wäre oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlt.

Ist die Erhöhung zwei Mal hintereinander entfallen, erlischt das Recht des Versicherungsnehmers auf eine weitere Erhöhung. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung – nach erneuter Gesundheitsprüfung – neu begründet werden.

3. Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Bei einer durch uns anerkannten Pflegebedürftigkeit, für die der gewählte Tarif Leistungen vorsieht, frühestens ab Pflegegrad 2, gewähren wir volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Pflege tagegeldversicherung nach diesen Tarifen.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit mit einem Pflege

Sie sind verpflichtet, uns die Änderungen des Pflegegrades unverzüglich anzuzeigen. Wir weisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegegeldversicherung (MB/EPV 2017).

In Ergänzung zu § 1 Abs. 5 MB/EPV 2017 sowie § 15 Abs. 3 MB/EPV 2017 gilt:

Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit, so dass wir unsere Leistungen unabhängig davon erbringen, wo die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat oder Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.

In Ergänzung zu § 2 Abs. 2 MB/EPV 2017 gilt:

Mitversicherung Neugeborener

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

In Ergänzung zu § 3 Abs. 1 - 3 MB/EPV 2017 gilt:

Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung einer Wartezeit. Dies gilt auch bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

In Ergänzung zu § 5 Abs. 1b MB/EPV 2017 gilt:

Sucht

Versicherungsschutz besteht auch für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen.

In Ergänzung zu § 5 Abs. 1c MB/EPV 2017 gilt:

Auslandsaufenthalte

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Deshalb verzichtet der Versicherer auf die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Abs. 1c MB/EPV 2017.

In Ergänzung zu § 6 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Beginn und Bemessung der Leistung

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, zu dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen bzw. zu dem der von uns beauftragte Gutachter die Pflegebedürftigkeit festgestellt hat, also rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles.

Eine vom Versicherer festgelegte Frist für die Anzeige des Versicherungsfalles existiert nicht.

In Ergänzung zu § 9 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Anzeige des Eintritts, der Minderung bzw. des Wegfalls der Pflegebedürftigkeit

Der Eintritt und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und 2) anzuzei-

gen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse. Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse oder eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), durch Medicproof oder durch einen anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht möglich, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines durch uns beauftragten Gutachters in Textform zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.

Sollte es nicht möglich sein, eine erstmalige Feststellung oder Folgefeststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland durchzuführen und hieraus ein Pflegegutachten zu erstellen, das den deutschen Qualitäts- und sozialrechtlichen Anforderungen an ein Pflegegutachten gerecht wird, können wir verlangen, dass die Begutachtung in Deutschland durchgeführt wird. Die hierdurch entstehenden Untersuchungskosten werden von uns erstattet, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

Eine vom Versicherer festgelegte Frist für die Anzeige des Versicherungsfalles existiert nicht.

Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

In Ergänzung zu § 10 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Anzeige des Eintritts des Versicherungsfalles

Die Leistungen werden ab Beginn der festgestellten Pflegebedürftigkeit, also rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles erbracht, so dass keine vom Versicherer festgelegte Frist für die Anzeige des Versicherungsfalles existiert.

In Ergänzung zu § 15 MB/EPV 2017 gilt:

Scheidung bzw. Aufhebung einer Lebenspartnerschaft

Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Die Vertragstrennung erfolgt nach Mitteilung des entsprechenden Wunsches in Textform mit Wirkung des Ersten des Folgemonats. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Gesetzesänderungen

Bei Veränderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig über die Einführung des neuen Tarifs informiert. Die Umstellung erfolgt bis zur Höhe des bisher versicherten Pflegegeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung.