Pflege-Ergänzungsversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Barmenia Krankenversicherung AG

Deutschland

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Pflege-Ergänzungs-versicherung

Mit diesem Informationsblatt erhalten Sie einen Überblick über die angebotene Pflege-Ergänzungsversicherung. Diese Informationen sind allerdings nicht abschließend. **Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:**

- **Versicherungsantrag,**
- **Versicherungsschein,**
- **Allgemeine Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen für den von Ihnen gewählten Tarif, die wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zur Verfügung stellen.**

Bitte lesen Sie alle Unterlagen durch, damit Sie umfassend informiert sind.

Um welche Versicherung handelt es sich?
Wir bieten Ihnen eine Pflege-Ergänzungsversicherung an, die die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (**SPV**) bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung (**PPV**) bei Pflegebedürftigkeit ergänzt. Sie können aus verschiedenen Tarifen wählen - zum Beispiel mit und ohne staatliche Förderung.

Was ist versichert?

Sie können zwischen verschiedenen Tarifen wählen. Dazu gehören zum Beispiel:

- ✓ ein Pflegemonatsgeld mit oder ohne staatliche Förderung
  Die Höhe des vereinbarten Pflegemonatsgeldes entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- ✓ ein Pflegetagegeld
  Die Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- ✓ eine Pflege-Ergänzungsversicherung mit Leistungen für Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen, Soforthilfe nach Stellung des Antrags auf Pflegeleistungen und Leistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Pflege-Ergänzungsversicherung bietet Ihnen Versicherungsschutz in Deutschland. Je nachdem, welchen Tarif Sie vereinbart haben, besteht darüber hinaus Versicherungsschutz in Europa oder sogar weltweit.
- ✓ Den vereinbarten Geltungsbereich entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Versicherungsfälle, die die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt. Das gilt nicht, wenn auch das vorsätzliche Herbeiführen ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen ist. Den genauen Umfang der Leistungen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.
- ✗ Aufwendungen für Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Deckung ist zum Beispiel im folgenden Fall eingeschränkt:

- ! Aus der staatlich geförderten Pflegemonatsgeld-Versicherung leisten wir nicht, wenn die versicherte Person für diese Pflegebedürftigkeit keine Leistungen aus der SPV oder PPV erhält.

K 5012 0919

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen zum Beispiel folgende Pflichten:

- Vor Vertragsschluss wird - bei den meisten Tarifen - eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Sorgen Sie nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit und unterlassen alles, was ein Überwinden oder ein Bessern der Pflegebedürftigkeit verhindert.

Wann und wie zahle ich?

- Der Versicherungsbeitrag ist je nach Tarif ein Monatsbeitrag oder Jahresbeitrag, der von Ihnen, sofern vereinbart, in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden kann. Diese Monatsrate wird dann am Ersten eines Monats fällig.
- Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zahlen.
- Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag einzuziehen (SEPA-Lastschriftverfahren), werden wir den Beitrag jeweils zum Fälligkeitstermin von dem angegebenen Konto abbuchen.
- Zahlen Sie den Beitrag selbst, müssen Sie den fälligen Beitrag rechtzeitig auf die von uns mitgeteilte Bankverbindung überweisen.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Er endet auch für bereits schwebende Versicherungsfälle
  - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses sowie
  - bei Tod des Versicherungsnehmers.
- Einzelheiten zu Beginn und Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vereinbarten Mindest-Vertragsdauer von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten. Die Tarifbedingungen können auch eine kürzere Mindest-Vertragsdauer oder Kündigungsfrist vorsehen.
- In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie weitere Einzelheiten zum Thema Kündigung oder Ende des Vertrages, zum Beispiel
  - weil wir die Beiträge erhöhen oder
  - weil Sie den Beitrag nicht zahlen.

K 5012 0919

Allgemeine Kunden-information

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

1. Identität des Versicherers
Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung AG in der Rechtsform der Aktiengesellschaft mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 28475. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift
Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:
Barmenia Krankenversicherung AG,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.
Die Barmenia Krankenversicherung AG wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist
Herr Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Eurich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers
Die Barmenia Krankenversicherung AG ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

4. Garantie-/Sicherungsfonds
Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung
a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

b) Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsleistung wird fällig, sobald der Versicherer die Anspruchsberechtigung festgestellt hat.

6. Gesamtpreis der Versicherung
Den Gesamtpreis für die Versicherung(en) können Sie dem Onlineantrag entnehmen.

7. Steuern, Gebühren oder Kosten
Mit Ausnahme einer bei nicht vereinbarungsgemäßer Beitragszahlung möglichen Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung
Einzelheiten zur Beitragszahlung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen
Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages
Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.
Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

11. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz
Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den **Folgeseiten**.

12. Laufzeit
Einzelheiten zur Laufzeit sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung
Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

14. Anwendbares Recht
Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache
Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 17 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung erfolgt in Deutsch.

16. Versicherungsombudsmann
Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.
Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde
Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"
Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Versicherungsunternehmen" - einen so genannten Code of Conduct - aufgestellt und mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Die Barmenia-Unternehmen sind diesem Code of Conduct zum 01.04.2013 beigetreten und haben sich damit zu seiner Einhaltung verpflichtet.

Den vollständigen Wortlaut der Verhaltensregeln können Sie unter www.datenschutz.barmenia.de nachlesen.

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 08:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen
- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen,
- einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Fax 0202 438 3828, E-Mail info@barmenia.de

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Ausgangsbetrag in Höhe von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen.
Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.
Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes - Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung - Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung - Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

K 6071 0919 DT

4. Ausübung unserer Rechte - Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

K 6071 0919 DT

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten
- durch die Barmenia Krankenversicherung AG selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt (unter 4.).

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia Krankenversicherung AG von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich sowie die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

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

☐ Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.
Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Barmenia Krankenversicherung AG übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia Krankenversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG
Die Barmenia Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

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

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Die Barmenia Krankenversicherung AG führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung AG, Kunden- und Vertragsservice, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/ 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
Die Barmenia Krankenversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.
Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Krankenversicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Anlage: Liste zu 3.2

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren für Kundenstammdaten nutzen	
- Barmenia Versicherungen a. G. **-** Barmenia Krankenversicherung AG **-** Barmenia Lebensversicherung a. G **-** Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG	
Auftragnehmer	**Verarbeitung/Zweck**
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Internat. SOS Emergency Services GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
Johanniter Unfall-Hilfe e. V.	Hilfe- u. Beratungsleistungen zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
Lupenwert GmbH	Gebührenrechtsmanagement
Medgate Deutschland AG	Telemedizinische Beratung
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten ("Karte für Privatversicherte")
Savitar Group Ltd.	Medizinische Assistance im Ausland
Thieme TeleCare GmbH	Disease-Management-Programme
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Vivy GmbH	Elektronische Gesundheitsakte
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachterprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)

Pflege-Monatsgeldversicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Pflege Ambulant

Pflege-Monatsgeldversicherung
Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Pflege Ambulant** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Pflege-Krankenversicherung:

Teil I Musterbedingungen (**MB/EPV 17**) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/EPV 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif **Mehr Pflege Ambulant**
Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant** im Versicherungsschein: **MPA**

Stand 01.10.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Zu den Begriffen, die mit → gekennzeichnet sind, finden Sie im anhängenden Glossar Erläuterungen.

Leistungen	
Pflege-Monatsgeld bei häuslicher Pflege bei	
Pflegegrad 1	20 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 2	50 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 3	80 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 4	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 5	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
bei einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 auf Grund eines Unfalls	150 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Einmalzahlung	das Fünffache des bei Pflegegrad 5 vereinbarten Pflege-Monatsgeldes bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit und häuslich durchgeführter Pflege nach Pflegegrad 4 oder 5
Beitragsbefreiung	bei Pflegebedürftigkeit (häuslich oder stationär) nach Pflegegrad 4 oder 5
→ Assistance-Leistungen	- Benennen und Vermitteln von Dienstleistern - Telefonische → Pflege-Visite/Pflege-Case-Management - Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
Nachversicherungs-Garantie	ab dem 21. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr (frühestens nach Ablauf von 12 Monaten ab Tarifbeginn, insgesamt bis zu dreimal während der Vertragslaufzeit) Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum 60. Lebensjahr (vor Eintritt der häuslichen oder stationären Pflegebedürftigkeit)

Optionsrechte	- Hinzunahme des Tarifs bzw. Umstellung in den Tarif Mehr Pflege Stationär (unter bestimmten Voraussetzungen, vgl. Buchstabe B Ziffer 6 a und b) - bei Reformen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) (unter bestimmten Voraussetzungen, vgl. Buchstabe B Ziffer 6 c)
Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes	ab dem 21. Lebensjahr alle drei Jahre um 10 %, maximal bis zum 70. Lebensjahr

Inhaltsübersicht **Seite**

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden? 3

B. Tarifliche Leistungen

Was ist versichert und in welcher Höhe? 4
1. Pflege-Monatsgeld 4
2. Einmalzahlung 5
3. Beitragsbefreiung 5
4. Assistance-Leistungen 5
5. Nachversicherungs-Garantie 5
6. Optionsrechte 5

C. Beiträge

1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge? 7
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter? 7

D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes? 7

E. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)

1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt? 7
2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? 7
3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert? 8
4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld? 8
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach? 8
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert? 8
7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen? 8
8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten? 8
9. Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihr Pflegegrad ändert oder Sie von häuslicher Pflege in stationäre Pflege oder umgekehrt wechseln? 8
10. Wann können Sie den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** kündigen? 8
11. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen? 9
12. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) endet? 9

F. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar) 9

A. Vorbemerkung

Wenn in den MB/EPV 17 und den TB/EPV 13 die Pflege-Tagegeldversicherung genannt ist, ist im Rahmen dieser Bedingungen die Pflege-Monatsgeldversicherung gemeint.

Wer kann versichert werden?

Sie können den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** abschließen, wenn Sie in Deutschland wohnen. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** gibt es kein Höchstalter.

B. Tarifliche Leistungen

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Wir zahlen bei häuslicher Pflege das vereinbarte Pflege-Monatsgeld (vgl. Buchstabe B, Ziffer 1.) und erbringen zusätzlich andere tariflich vereinbarte Leistungen, wenn Sie oder eine andere versicherte Person[1] pflegebedürftig sind.

1. Pflege-Monatsgeld

Wir zahlen bei häuslicher Pflege das vereinbarte Pflege-Monatsgeld in folgender Höhe:

Pflegegrad 1	20 %
Pflegegrad 2	50 %
Pflegegrad 3	80 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

Bei einer häuslichen Pflege nach Pflegegrad 4 oder 5, die auf Grund eines Unfalls eingetreten ist, zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld in Höhe von 150 %.

Häusliche Pflege liegt vor, wenn Sie

- zu Hause entweder durch eine private Pflegeperson (z. B. durch Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt werden;
- höchstens einmal pro Tag in einer teilstationären Pflegeeinrichtung untergebracht und gepflegt werden (teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege);
- vorübergehend in Kurzzeitpflege gepflegt werden.

Keine häusliche Pflege liegt vor, wenn Sie auf nicht absehbare Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt werden.

Ein Anspruch auf Pflege-Monatsgeld bei häuslicher Pflege schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Pflege-Monatsgeld bei stationärer Pflege nach Tarif Mehr Pflege Stationär aus.

Es ist nicht erforderlich, dass die soziale Pflegeversicherung (SPV) oder private Pflegepflichtversicherung (PPV) vorleistet.

Das Pflege-Monatsgeld zahlen wir für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Sie müssen das Pflege-Monatsgeld mindestens in der Höhe von 100 EUR vereinbaren. Sie können es in 10 EUR-Schritten erhöhen.

Wir zahlen das Pflege-Monatsgeld ohne Kostennachweis zu Beginn eines jeden Monats der Pflegebedürftigkeit. Beginnt oder endet der Versicherungsfall im Laufe eines Monats, zahlen wir das Pflege-Monatsgeld nicht anteilig, sondern jeweils für den vollen Monat.

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Einmalzahlung

Wir zahlen einmal während der Vertragslaufzeit das Fünffache des bei Pflegegrad 5 vereinbarten Pflege-Monatsgeldes, wenn Sie zum ersten Mal dem Pflegegrad 4 oder 5 zugeordnet und häuslich gepflegt werden.

3. Beitragsbefreiung

Sind Sie pflegebedürftig (häuslich oder stationär) nach Pflegegrad 4 oder 5, müssen Sie für den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** keinen Beitrag mehr zahlen. Dies gilt auch für einen ggf. zu zahlenden Risikozuschlag. Weitere im Vertrag versicherte Personen werden nur dann beitragsbefreit, wenn sie die Voraussetzung für eine Beitragsbefreiung selbst erfüllen.

4. Assistance-Leistungen

Wenn Sie pflegebedürftig sind, können Sie unabhängig vom Pflegegrad die unter a) bis c) aufgeführten → Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen. Sollten Sie diese Assistance-Leistungen bereits im Rahmen eines anderen Tarifs der Barmenia versichert haben, zahlen wir Ihnen zum Ausgleich einmal während der Vertragslaufzeit eine Pauschale von 50 EUR.

Wir arbeiten mit hoch qualifizierten Dienstleistern zusammen. Wenn Sie hierzu aktuelle Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

a) Telefonisches Bennen und Vermitteln von zusätzlichen Dienstleistungen

zum Beispiel Einkaufshilfe, Reinigungsdienst, Wäschedienst sowie Fahrdienste. Voraussetzung ist, dass diese Dienstleistungen in Deutschland durchgeführt werden. Nicht versichert sind die Entgelte für die vermittelten Dienstleistungen.

b) → Pflege-Visite/Pflege-Case-Management

zum Beispiel Informationen zur Pflege und zu Pflegeleistungen sowie Ratschläge, wie Sie eine stationäre Pflege vermeiden können. Diese Assistance-Leistung können Sie alle zwei Versicherungsjahre in Anspruch nehmen.

c) → Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

100 % der zusätzlichen Kosten für das kurzfristige Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden. Diese Leistung erhalten Sie einmal während der Vertragslaufzeit. Die Kosten für die Unterkunft selbst sind nicht versichert.

5. Nachversicherungs-Garantie

Sie können einmal im Kalenderjahr (frühestens nach Ablauf von 12 Monaten ab Tarifbeginn) jeweils zum nächsten Monatsersten eine Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne Gesundheitsprüfung und ohne → Wartezeit um bis zu 25 % beantragen. Dies ist ab dem 21. Lebensjahr während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt bis zu dreimal möglich. Bei der Erhöhung runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag. Eine Erhöhung kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Sie heiraten oder wenn Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes werden. Sie haben dann auch einen höheren Beitrag zu zahlen. Spätester Termin für die Erhöhung ist der Erste des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. Voraussetzung ist, dass Sie noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind.

Der höhere Versicherungsschutz gilt ohne → Wartezeit ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Erhöhung.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld richtet sich nach dem dann erreichten Lebensalter.

Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

6. Optionsrechte

Sie haben das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (Buchstabe a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (Buchstabe b)

- den Tarif Mehr Pflege Stationär hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Stationär umzustellen.

Bei Reformen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) garantieren wir Ihnen den Wechsel in neue Pflegeergänzungstarife (Buchstabe c).

Der neue Versicherungsschutz wird jeweils ohne → Wartezeit und ohne Gesundheitsprüfung bis zu Höhe des bisher vereinbarten Pflege-Monatsgeld zum Optionszeitpunkt wirksam, wenn Sie die Hinzunahme bzw. Umstellung vor dem Optionszeitpunkt beantragen.

Für das Einstufen des neuen Tarifs gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Wir rechnen bei Umstellungen die aus dem Vertrag erworbene → Alterungsrückstellung auf Ihren neuen Beitrag an.

Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge werden in den neuen Tarif übernommen und bei Umstellungen im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

a) bei bestimmten Zeitpunkten

Nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant** an) haben Sie einmalig das Recht,

- den Tarif Mehr Pflege Stationär hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Stationär umzustellen.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie dieses Optionsrecht nicht bereits zuvor innerhalb der Mehr Pflege-Tarife geltend gemacht haben,
- Sie bei Abschluss des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant** noch keine 60 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind und
- der Tarif Mehr Pflege Stationär nach drei, fünf oder sieben Versicherungsjahren zum Ersten des darauffolgenden Monats (Optionszeitpunkt) beginnt.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant**:	01.10.2025
Optionstermin:	01.10.2030
Antragstellung bis:	30.09.2030
Beginn des neuen Versicherungsschutzes:	01.10.2030

b) bei bestimmten Ereignissen

Sie haben innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant** an) das Recht,

- den Tarif Mehr Pflege Stationär hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Stationär umzustellen.

Diese Option haben Sie bis zum Ende des zweiten Monats, nachdem Sie geheiratet haben oder in dem Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes geworden sind.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie bei Abschluss des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant** noch keine 60 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind und
- der Tarif Mehr Pflege Stationär zum Ersten des auf das Ereignis folgenden Monats (Optionszeitpunkt) beginnt.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Pflege Ambulant**:	01.10.2025
Geburt Kind:	15.08.2028
Antragstellung bis:	31.10.2028
Beginn des neuen Versicherungsschutzes:	01.09.2028

c) bei Reformen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Wir garantieren, dass Sie in neue Pflege-Ergänzungstarife wechseln können. Voraussetzung ist, dass diese als Folge von in Kraft getretenen Reformen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) von uns eingeführt werden. Dieses Optionsrecht gilt innerhalb von 12 Monaten ab der Einführung der neuen Pflege-Ergänzungstarife.

Voraussetzung ist, dass Sie

- zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch keine 60 Jahre alt und
- noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind.

C. Beiträge

1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge?

Die Beiträge für den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** für je 100 EUR Pflege-Monatsgeld ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragsübersicht.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages setzen wir den ersten Beitrag nach Ihrem Eintrittsalter und Ihrem Gesundheitszustand fest. Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Abweichend von § 8 (1.1) TB/EPV 13 ist der Beitrag für den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** für Kinder bzw. Jugendliche (0 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

Das vereinbarte Pflege-Monatsgeld erhöht sich alle drei Jahre (gerechnet ab Versicherungsbeginn) um **10 %**.

Voraussetzung ist, dass Sie

- mindestens 21 Jahre alt und
- jünger als 70 Jahre alt sind.

Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes?

Dabei runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag.

Für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld haben Sie einen zusätzlichen Beitrag zu zahlen. Diesen berechnen wir nach Ihrem zum Zeitpunkt der Hinzunahme erreichten Lebensalter (als tarifliches Eintrittsalter). Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge erhöhen wir im gleichen Verhältnis wie den Tarifbeitrag.

Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen nehmen wir jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns vor. Sie erhalten darüber rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz beginnt ohne → Wartezeit jeweils am Erhöhungstermin.

Das hinzukommende Pflege-Monatsgeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens an.

Sie können der Erhöhung widersprechen. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin mit, dass Sie die Erhöhung nicht wünschen. Der Widerspruch hat keinen Einfluss auf künftige automatische Erhöhungen.

Auf Ihr Recht zu widersprechen, werden wir Sie im Rahmen der Mitteilung zur vertraglichen Änderung hinweisen.

E. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen geändert haben.

1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt?

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/EPV 17 besteht weltweit Versicherungsschutz.

2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Abweichend von § 3 MB/EPV 17 haben Sie Versicherungsschutz ohne → Wartezeit ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?

Abweichend von § 5 MB/EPV 17 besteht Leistungspflicht auch

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Verseicherungsschutz eingeschlossen sind (siehe § 5 Abs. 1a MB/EPV 17),
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen (siehe § 5 Abs. 1b MB/EPV 17),
- solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden (siehe § 5 Abs. 1c MB/EPV 17),
- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht (siehe § 5 Abs. 1f MB/EPV 17).

Im Übrigen gelten die in § 5 MB/EPV 17 geregelten Einschränkungen der Leistungspflicht.

4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld?

Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld ab dem Zeitpunkt aus, ab dem festgestellt wurde, dass Sie pflegebedürftig sind (vergleiche § 6 Abs. 1 MB/EPV 17) und häuslich gepflegt werden.

5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach?

Bitte weisen Sie uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die häuslich durchgeführte Pflege z. B. anhand des Gutachtens und der Zusage der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nach. Ist dies nicht möglich, legen Sie bitte ein gleichwertiges Gutachten vor, das den gesetzlichen Anforderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) entspricht. Die Kosten der Begutachtung sind nicht im tariflichen Leistungsumfang enthalten (siehe § 9 Abs. 1 MB/EPV 17).

6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert?

Abweichend von § 9 Abs. 2 MB/EPV 17 brauchen Sie uns die folgenden Ereignisse nicht anzuzeigen:

- Krankenhausbehandlungen,
- stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie
- Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung.

7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen?

Abweichend von § 9 Abs. 4 MB/EPV 17 müssen Sie sich nicht von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.

8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten?

Abweichend von § 9 Abs. 6 MB/EPV 17 können Sie den Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflege-Ergänzungsversicherung ohne unsere Einwilligung vornehmen.

9. Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihr Pflegegrad ändert oder Sie von häuslicher Pflege in stationäre Pflege oder umgekehrt wechseln?

Abweichend von § 9 MB/EPV 17 haben Sie uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder umgekehrt, anzuzeigen.

10. Wann können Sie den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** kündigen?

Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/EPV 17 und Abs. 1.1 TB/EPV 13 können Sie den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** nach Ende der zwölfmonatigen Mindesttarifdauer und ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** ohne eine Frist täglich kündigen.

Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

11. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?

Abweichend von § 15 Abs. 4 MB/EPV 17 endet das Versicherungsverhältnis nicht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen.

12. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflicht-versicherung (PPV) endet?

Wenn Ihre Versicherung in der SPV oder PPV endet, hat dies keine Auswirkungen auf den Tarif **Mehr Pflege Ambulant**. Ihr Versicherungsvertrag besteht unverändert fort (siehe § 15 Abs. 4 MB/EPV 17).

F. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Assistance-Leistungen

Assistance-Leistungen sind Leistungen zur Hilfe, im Notfall und zur Problemlösung. Diese erbringen wir, wenn Sie pflegebedürftig sind.

Alterungsrückstellung

Es ist allgemein bekannt, dass es mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher wird, pflegebedürftig zu werden. Demzufolge müssten die Beiträge alleine wegen Älterwerdens von Jahr zu Jahr steigen. Um das zu vermeiden, wird ein durchschnittlicher Beitrag berechnet. Dieser ist in jungen Jahren höher als die tatsächlichen Leistungen. Der übersteigende Betrag wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Pflege-Leistungen höher sind als der Beitrag, wird die Differenz aus der vorher gebildeten Alterungsrückstellung gedeckt. Bitte beachten Sie, dass Beitragsanpassungen damit nicht generell vermieden werden können.

Der für Kinder bzw. Jugendliche zu zahlende Beitrag sieht keine Bildung einer Alterungsrückstellung vor, weil mit dem Aufbau der Alterungsrückstellung erst ab 21 Jahren begonnen wird.

Risikozuschlag

Der Risikozuschlag ist ein Mehrbeitrag, den wir zur Finanzierung von höheren Leistungen auf Grund von bestimmten Vorerkrankungen verlangen können.

Wartezeit

Eine Wartezeit ist der Zeitraum, der zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Bei der Pflege-Ergänzungsversicherung darf die Wartezeit bis zu drei Jahren betragen. Für den Tarif **Mehr Pflege Ambulant** verzichten wir auf eine Wartezeit.

Pflege-Monatsgeldversicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Pflege Stationär

Pflege-Monatsgeldversicherung
Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Pflege Stationär** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Pflege-Krankenversicherung:

Teil I Musterbedingungen (**MB/EPV 17**) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/EPV 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif **Mehr Pflege Stationär**
Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** im Versicherungsschein: **MPS**

Stand 01.10.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Pflege Stationär**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Zu den Begriffen, die mit → gekennzeichnet sind, finden Sie im anhängenden Glossar Erläuterungen.

Leistungen	
Pflege-Monatsgeld bei stationärer Pflege bei	
Pflegegrad 1	20 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 2	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 3	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 4	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 5	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
bei einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 auf Grund eines Unfalls	150 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Beitragsbefreiung	bei Pflegebedürftigkeit (häuslich oder stationär) nach Pflegegrad 4 oder 5
→ Assistance-Leistungen	Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
Nachversicherungs-Garantie	ab dem 21. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr (frühestens nach Ablauf von 12 Monaten ab Tarifbeginn, insgesamt bis zu dreimal während der Vertragslaufzeit) Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum 60. Lebensjahr (vor Eintritt der häuslichen oder stationären Pflegebedürftigkeit)
Optionsrechte	Hinzunahme des Tarifs bzw. Umstellung in den Tarif Mehr Pflege Ambulant (unter bestimmten Voraussetzungen, vgl. Buchstabe B Ziffer 5 a und b)
Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes	ab dem 21. Lebensjahr alle drei Jahre um 10 %, maximal bis zum 70. Lebensjahr

Inhaltsübersicht **Seite**

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden? 3

B. Tarifliche Leistungen

Was ist versichert und in welcher Höhe? 3
1. Pflege-Monatsgeld 3
2. Beitragsbefreiung 4
3. Assistance-Leistungen 4
4. Nachversicherungs-Garantie 4
5. Optionsrechte 4

C. Beiträge

1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge? 5
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter? 5

D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes? 6

E. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)

1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt? 6
2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? 6
3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert? 6
4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld? 7
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach? 7
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert? 7
7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen? 7
8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten? 7
9. Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihr Pflegegrad ändert oder Sie von häuslicher Pflege in stationäre Pflege oder umgekehrt wechseln? 7
10. Wann können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** kündigen? 7
11. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen? 7
12. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) endet? 7

F. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar) 8

A. Vorbemerkung

Wenn in den MB/EPV 17 und den TB/EPV 13 die Pflege-Tagegeldversicherung genannt ist, ist im Rahmen dieser Bedingungen die Pflege-Monatsgeldversicherung gemeint.

Wer kann versichert werden?

Sie können den Tarif **Mehr Pflege Stationär** abschließen, wenn Sie in Deutschland wohnen. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Pflege Stationär** gibt es kein Höchstalter.

B. Tarifliche Leistungen

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Wir zahlen bei stationärer Pflege das vereinbarte Pflege-Monatsgeld (vgl. Buchstabe B, Ziffer 1.) und erbringen zusätzlich andere tariflich vereinbarte Leistungen, wenn Sie oder eine andere versicherte Person[1] pflegebedürftig sind.

1. Pflege-Monatsgeld

Wir zahlen bei stationärer Pflege das vereinbarte Pflege-Monatsgeld in folgender Höhe:

Pflegegrad 1	20 %
Pflegegrad 2	100 %
Pflegegrad 3	100 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

Bei einer stationären Pflege nach Pflegegrad 4 oder 5, die auf Grund eines Unfalls eingetreten ist, zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld in Höhe von 150 %.

Stationäre Pflege liegt vor, wenn Sie auf nicht absehbare Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt werden.

Keine stationäre Pflege liegt vor, wenn Sie
- zu Hause entweder durch eine private Pflegeperson (z. B. durch Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt werden (häusliche Pflege);
- höchstens einmal pro Tag in einer teilstationären Einrichtung untergebracht und gepflegt werden (teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege);
- vorübergehend in Kurzzeitpflege gepflegt werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden.

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre oder teilstationäre Einrichtungen.

Ein Anspruch auf Pflege-Monatsgeld bei stationärer Pflege schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Pflege-Monatsgeld bei häuslicher Pflege nach Tarif Mehr Pflege Ambulant aus.

Es ist nicht erforderlich, dass die soziale Pflegeversicherung (SPV) oder private Pflegepflichtversicherung (PPV) vorleistet.

Das Pflege-Monatsgeld zahlen wir für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Sie müssen das Pflege-Monatsgeld mindestens in der Höhe von 100 EUR vereinbaren. Sie können es in 10 EUR-Schritten erhöhen.

Wir zahlen das Pflege-Monatsgeld ohne Kostennachweis zu Beginn eines jeden Monats der Pflegebedürftigkeit. Beginnt oder endet der Versicherungsfall im Laufe eines Monats, zahlen wir das Pflege-Monatsgeld nicht anteilig, sondern jeweils für den vollen Monat.

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Beitragsbefreiung

Sind Sie pflegebedürftig (häuslich oder stationär) nach Pflegegrad 4 oder 5, müssen Sie für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** keinen Beitrag mehr zahlen. Dies gilt auch für einen ggf. zu zahlenden Risikozuschlag. Weitere im Vertrag versicherte Personen werden nur dann beitragsbefreit, wenn sie die Voraussetzung für eine Beitragsbefreiung selbst erfüllen.

3. Assistance-Leistungen

Wenn Sie pflegebedürftig sind, können Sie unabhängig vom Pflegegrad die aufgeführten → Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen.

Wir arbeiten mit hoch qualifizierten Dienstleistern zusammen. Wenn Sie hierzu aktuelle Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

100 % der zusätzlichen Kosten für das kurzfristige Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden. Diese Leistung erhalten Sie einmal während der Vertragslaufzeit. Die Kosten für die Unterkunft selbst sind nicht versichert.

4. Nachversicherungs-Garantie

Sie können einmal im Kalenderjahr (frühestens nach Ablauf von 12 Monaten ab Tarifbeginn) jeweils zum nächsten Monatsersten eine Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne Gesundheitsprüfung und ohne → Wartezeit um bis zu 25 % beantragen. Dies ist ab dem 21. Lebensjahr während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt bis zu dreimal möglich. Bei der Erhöhung runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag. Eine Erhöhung kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Sie heiraten oder wenn Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes werden. Sie haben dann auch einen höheren Beitrag zu zahlen. Spätester Termin für die Erhöhung ist der Erste des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. Voraussetzung ist, dass Sie noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind.

Der höhere Versicherungsschutz gilt ohne → Wartezeit ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Erhöhung.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld richtet sich nach dem dann erreichten Lebensalter.

Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

5. Optionsrechte

Sie haben das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (Buchstabe a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (Buchstabe b)

- den Tarif Mehr Pflege Ambulant hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Ambulant umzustellen.

Der neue Versicherungsschutz wird jeweils ohne → Wartezeit und ohne Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisher vereinbarten Pflege-Monatsgeldes zum Optionszeitpunkt wirksam, wenn Sie die Hinzunahme bzw. Umstellung vor dem Optionszeitpunkt beantragen.

Für das Einstufen des neuen Tarifs gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Wir rechnen bei Umstellungen die aus dem Vertrag erworbene → Alterungsrückstellung auf Ihren neuen Beitrag an.

Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge werden in den neuen Tarif übernommen und bei Umstellungen im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.

a) bei bestimmten Zeitpunkten

Nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** an) haben Sie einmalig das Recht,

- den Tarif Mehr Pflege Ambulant hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Ambulant umzustellen.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie dieses Optionsrecht nicht bereits zuvor innerhalb der Mehr Pflege-Tarife geltend gemacht haben,
- Sie bei Abschluss des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** noch keine 60 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind und
- der Tarif Mehr Pflege Ambulant nach drei, fünf oder sieben Versicherungsjahren zum Ersten des darauffolgenden Monats (Optionszeitpunkt) beginnt.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Pflege Stationär**:	01.10.2025
Optionstermin:	01.10.2030
Antragstellung bis:	30.09.2030
Beginn des neuen Versicherungsschutzes:	01.10.2030

b) bei bestimmten Ereignissen

Sie haben innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** an) das Recht,

- den Tarif Mehr Pflege Ambulant hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Ambulant umzustellen.

Diese Option haben Sie bis zum Ende des zweiten Monats, nachdem Sie geheiratet haben oder in dem Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes geworden sind.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie bei Abschluss des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** noch keine 60 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind und
- der Tarif Mehr Pflege Ambulant zum Ersten des auf das Ereignis folgenden Monats (Optionszeitpunkt) beginnt.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Pflege Stationär**:	01.10.2025
Geburt Kind:	15.08.2028
Antragstellung bis:	31.10.2028
Beginn des neuen Versicherungsschutzes:	01.09.2028

C. Beiträge

1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge?

Die Beiträge für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** für je 100 EUR Pflege-Monatsgeld ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragsübersicht.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages setzen wir den ersten Beitrag nach Ihrem Eintrittsalter und Ihrem Gesundheitszustand fest. Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Abweichend von § 8 (1.1) TB/EPV 13 ist der Beitrag für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** für Kinder bzw. Jugendliche (0 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

Das vereinbarte Pflege-Monatsgeld erhöht sich alle drei Jahre (gerechnet ab Versicherungsbeginn) um **10 %**.

Voraussetzung ist, dass Sie

- mindestens 21 Jahre alt und
- jünger als 70 Jahre alt sind.

Dabei runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag.

Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes?

Für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld haben Sie einen zusätzlichen Beitrag zu zahlen. Diesen berechnen wir nach Ihrem zum Zeitpunkt der Hinzunahme erreichten Lebensalter (als tarifliches Eintrittsalter). Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge erhöhen wir im gleichen Verhältnis wie den Tarifbeitrag.

Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen nehmen wir jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns vor. Sie erhalten darüber rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz beginnt ohne → Wartezeit jeweils am Erhöhungstermin.

Das hinzukommende Pflege-Monatsgeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens an.

Sie können der Erhöhung widersprechen. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin mit, dass Sie die Erhöhung nicht wünschen. Der Widerspruch hat keinen Einfluss auf künftige automatische Erhöhungen.

Auf Ihr Recht zu widersprechen, werden wir Sie im Rahmen der Mitteilung zur vertraglichen Änderung hinweisen.

E. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen geändert haben.

1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt?

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/EPV 17 besteht weltweit Versicherungsschutz.

2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Abweichend von § 3 MB/EPV 17 haben Sie Versicherungsschutz ohne → Wartezeit ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?

Abweichend von § 5 MB/EPV 17 besteht Leistungspflicht auch

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Verseicherungsschutz eingeschlossen sind (siehe § 5 Abs. 1a MB/EPV 17),
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen (siehe § 5 Abs. 1b MB/EPV 17),
- solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden (siehe § 5 Abs. 1c MB/EPV 17),
- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht (siehe § 5 Abs. 1f MB/EPV 17).

Im Übrigen gelten die in § 5 MB/EPV 17 geregelten Einschränkungen der Leistungspflicht.

4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld?	Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld ab dem Zeitpunkt aus, ab dem festgestellt wurde, dass Sie pflegebedürftig sind (vergleiche § 6 Abs. 1 MB/EPV 17) und stationär gepflegt werden.
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach?	Bitte weisen Sie uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die stationär durchgeführte Pflege z. B. anhand des Gutachtens und der Zusage der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nach. Ist dies nicht möglich, legen Sie bitte ein gleichwertiges Gutachten vor, das den gesetzlichen Anforderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) entspricht. Die Kosten der Begutachtung sind nicht im tariflichen Leistungsumfang enthalten (siehe § 9 Abs. 1 MB/EPV 17).
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert?	Abweichend von § 9 Abs. 2 MB/EPV 17 brauchen Sie uns die folgenden Ereignisse nicht anzuzeigen: - Krankenhausbehandlungen, - stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie - Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung.
7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen?	Abweichend von § 9 Abs. 4 MB/EPV 17 müssen Sie sich nicht von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.
8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten?	Abweichend von § 9 Abs. 6 MB/EPV 17 können Sie den Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflege-Ergänzungsversicherung ohne unsere Einwilligung vornehmen.
9. Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihr Pflegegrad ändert oder Sie von häuslicher Pflege in stationäre Pflege oder umgekehrt wechseln?	Abweichend von § 9 MB/EPV 17 haben Sie uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder umgekehrt, anzuzeigen.
10. Wann können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** kündigen?	Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/EPV 17 und Abs. 1.1 TB/EPV 13 können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** nach Ende der zwölfmonatigen Mindesttarifdauer und ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.
11. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?	Abweichend von § 15 Abs. 4 MB/EPV 17 endet das Versicherungsverhältnis nicht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen.
12. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) endet?	Wenn Ihre Versicherung in der SPV oder PPV endet, hat dies keine Auswirkungen auf den Tarif **Mehr Pflege Stationär**. Ihr Versicherungsvertrag besteht unverändert fort (siehe § 15 Abs. 4 MB/EPV 17).

F. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Assistance-Leistungen

Assistance-Leistungen sind Leistungen zur Hilfe, im Notfall und zur Problemlösung. Diese erbringen wir, wenn Sie pflegebedürftig sind.

Alterungsrückstellung

Es ist allgemein bekannt, dass es mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher wird, pflegebedürftig zu werden. Demzufolge müssten die Beiträge alleine wegen Älterwerdens von Jahr zu Jahr steigen. Um das zu vermeiden, wird ein durchschnittlicher Beitrag berechnet. Dieser ist in jungen Jahren höher als die tatsächlichen Leistungen. Der übersteigende Betrag wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Pflege-Leistungen höher sind als der Beitrag, wird die Differenz aus der vorher gebildeten Alterungsrückstellung gedeckt. Bitte beachten Sie, dass Beitragsanpassungen damit nicht generell vermieden werden können.

Der für Kinder bzw. Jugendliche zu zahlende Beitrag sieht keine Bildung einer Alterungsrückstellung vor, weil mit dem Aufbau der Alterungsrückstellung erst ab 21 Jahren begonnen wird.

Risikozuschlag

Der Risikozuschlag ist ein Mehrbeitrag, den wir zur Finanzierung von höheren Leistungen auf Grund von bestimmten Vorerkrankungen verlangen können.

Wartezeit

Eine Wartezeit ist der Zeitraum, der zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Bei der Pflege-Ergänzungsversicherung darf die Wartezeit bis zu drei Jahren betragen. Für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** verzichten wir auf eine Wartezeit.

Ergänzende Pflege-Krankenversicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Teil I
Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung (MB/EPV 17)
§§ 1 - 19

Teil II
Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/EPV 13)
(Schrägschrift)

Stand 01.10.2021

Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (Unisex-Tarife).

Inhaltsübersicht

		Seite
	Der Versicherungsschutz	
§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 1a	Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3	Wartezeit	3
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	3
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	3
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	3
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
§ 8	Beitragszahlung	3
§ 8a	Beitragsberechnung	4
§ 8b	Beitragsanpassung	4
§ 9	Obliegenheiten	4
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	4
§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	5
§ 12	Aufrechnung	5
	Ende der Versicherung	
§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	5
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	5
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	5
	Sonstige Bestimmungen	
§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	5
§ 17	Gerichtsstand	5
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	6
§ 19	Überleitungsregel für Leistungsbezieher	6
	Hinweise auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	6

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	6
Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	7
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	7
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	8

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

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

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

3.1 Die Tarifbedingungen bestehen aus den Allgemeinen und den Besonderen Tarifbedingungen.

4. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

1. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

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

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

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

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

d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, 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;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

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

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

cc) 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

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

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

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

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen und bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes.

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

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

§ 3 Wartezeit

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

2. Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

3. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) vorbehaltlich der Regelungen des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden;

[d)* soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;]

[e)* soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;]

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

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

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

* entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

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

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten.

Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

1.1 Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 20 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 20. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 20 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

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

3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

3.1 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

4. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

5. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anlage) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

1.1 Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Absatz 1 eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zu Grunde gelegt.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

2. Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang)

innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

1.1 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigt.

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

2.1 Das Kündigungsrecht nach Absatz 2 kann nicht so ausgeübt werden, dass ab Geburt mitversicherte Minderjährige ohne ein Elternteil versichert bleiben.

3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

1.1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

4. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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

4.1 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet das Versicherungsverhältnis in der Pflegetagegeldversicherung erst dann, wenn der Versicherer davon Kenntnis erlangt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen

Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzung 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 maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

1. 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 01.01.2017
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. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

3. Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden 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 § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle 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.

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.

Hinweis auf die 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.

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.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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 Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich 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 Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit 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 %,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger 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 Punktebereich 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 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 Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

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.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

§ 35 Pflegezulage

1. Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

2. Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

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

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

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

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

1. Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

1a. Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

2. Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

2a. Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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

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

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

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

Hinweise zum Datenschutz für Interessenten und Kunden

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das für die Datenerhebung verantwortliche Barmenia-Unternehmen und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Je nachdem, ob der von Ihnen angestrebte oder unterhaltene Versicherungsschutz und/oder Kredit von der Barmenia Versicherungen a. G., der Barmenia Krankenversicherung AG, der Barmenia Lebensversicherung a. G. oder der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG zur Verfügung gestellt wird, ist das jeweilige, den konkreten Versicherungsschutz bietende Versicherungsunternehmen die für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle. Die Namen und Kontaktdaten der Barmenia-Unternehmen lauten wie folgt:

Barmenia Versicherungen a. G.
Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00
E-Mail: info@barmenia.de

Den gemeinsamen **Datenschutzbeauftragten** der vorgenannten Unternehmen erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@barmenia.de

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" ("Code of Conduct") verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter datenschutz.barmenia.de abrufen.

Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns. Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem Unternehmen der Barmenia bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche Zwecke und zur Erfüllung des mit Ihnen zu schließenden bzw. geschlossenen Vertrages ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Soweit zum Vertragsabschluss und dessen Durchführung besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) erforderlich sind, benötigen wir Ihre Einwilligung. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs sowie Durchführung von IT-Tests
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Barmenia-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Prüfung Ihrer Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft
- zur Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir ggf. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellen wir Ihnen unter datenschutz.barmenia.de zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vertreiber/Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vertreiber/Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vertreiber/Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten, sofern sie ihm unmittelbar von Ihnen oder einem Dritten mitgeteilt worden sind, an den Sie betreuenden Vertreiber/Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Die Versicherungsunternehmen der Barmenia Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Service, zu Abrechnungszwecken oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in einem gemeinsamen Programm für alle Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur

vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Antrag/Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter datenschutz.barmenia.de entnehmen.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Finanzbehörden oder Sozialversicherungsträger).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche von uns oder gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrecht

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Hierzu übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse, ggf. Geburtsdatum) an die Auskunftei. Detaillierte Informationen zu Auskunfteien finden Sie unter datenschutz.barmenia.de.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG nutzt ggf. bei der Kfz-Schadenbearbeitung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Detaillierte Informationen zu HIS finden Sie unter datenschutz.barmenia.de.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer und anderen Stellen

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten z. B. mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer oder den mitgeteilten behandelnden Ärzten sowie mit Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. erfolgen. Sofern wir bei unseren Anfragen, z. B. an den Vorversicherer, besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) übermitteln und von uns solche besonderen Daten erhoben werden, holen wir im Einzelfall zuvor Ihre Einwilligung ein.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Im Rahmen der Leistungsabrechnung von Krankenversicherungen entscheiden wir aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln. Hierbei berücksichtigen wir beispielsweise die jeweilige Einstufung der abzurechnenden Medikamente bzw. Heilbehandlungen.

Beratungsdokumentation

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen:	Pflegeergänzungsversicherung
Wünsche des Kunden:	Kunde wünscht vorrangig die eigene Absicherung. Die Absicherung von Kosten bei Pflegebedürftigkeit.
Empfehlung an den Kunden:	Abschluss einer Pflegeergänzungsversicherung
Begründung der Empfehlung:	Die Versicherung ergänzt die Versorgung der Gesetzlichen Pflegeversicherung und dient der Optimierung des Versicherungsschutzes.
Entscheidung des Kunden:	Der Kunde nimmt den Rat an.
Hinweis:	Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag. Der Abschluss des gewählten Pflegeergänzungs-Tarifs erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.