Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

Die Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung gelten für die Bausteine, die Sie bei uns - Allianz Private Krankenversicherungs-AG - abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Diese setzen sich aus den Regelungen für den bei uns abgeschlossenen Baustein (Teil A) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C zusammen.

Wenn Sie den Baustein im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags oder Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherung- und Kollektivverträge. Diese finden Sie im Anschluss an die Erläuterung von Fachausdrücken.

Wenn Sie mit uns mehrere Verträge unterhalten, können für einzelne Verträge andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung nicht.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben (Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein, Ziffer 2 Tarifbedingungen und - wenn vereinbart - Ziffer 3 Sonderbedingungen). Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem die besonderen Verhaltensregeln beschrieben, die in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen (besondere Obliegenheiten).

Übergreifende Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, sowie Regelungen zu den Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen finden Sie in Teil B - Private Krankenversicherung.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Versicherung für fremde Rechnung
3. Deutsches Recht
4. Beschwerdemöglichkeiten
5. Zuständiges Gericht
6. Verjährung
7. Aufrechnung

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→Schriftform"

Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung

Im Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung bieten wir Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall zahlen wir ein Pflegetagegeld - soweit hierfür Leistungen vereinbart sind - und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Unter Ziffer 1 finden Sie die Allgemeinen Regelungen zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung. Diese gelten grundsätzlich unabhängig vom jeweils gewählten Tarif dieses Bausteins. Wenn eine Regelung nur für bestimmte Tarife dieses Bausteins gilt, haben wir dies im Text vermerkt. Welche zusätzlichen Regelungen speziell für den vereinbarten Tarif gelten, können Sie den Tarifbedingungen unter Ziffer 2 entnehmen. Sonderbedingungen für einen Tarif dieses Bausteins werden unter Ziffer 3 wiedergegeben, wenn diese mit Ihnen vereinbart worden sind.

Wenn Sie einen Tarif dieses Bausteins im Rahmen eines →Gruppenversicherungsvertrags oder →Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten dafür zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherungs- und Kollektivverträge.

1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.1.2 Welche einzelnen Kriterien sind bei der Pflegebedürftigkeit maßgeblich?
1.1.3 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.1.4 Welche Wartezeit muss verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?
1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz?
1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Pflegebedürftigkeit
Der Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person gemäß § 14 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Danach sind Personen pflegebedürftig,
- die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten haben und deshalb
- der Hilfe durch andere bedürfen.

Die Personen müssen
- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen
- oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen

nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer - voraussichtlich für mindestens 6 Monate - und mit mindestens der in § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Schwere bestehen.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls
Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn die →versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist.

1.1.2 Welche einzelnen Kriterien sind bei der Pflegebedürftigkeit maßgeblich?

Die Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach dem Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (bitte vergleichen Sie Ziffer 1.1.1 Absatz 1). Für das Vorliegen dieser Beeinträchtigungen sind die folgenden 6 Bereiche und Kriterien maßgeblich, die sich aus § 14 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ergeben. Jedes einzelne Kriterium muss dazu pflegefachlich begründet sein.

(1) Mobilität
Kriterien im Bereich der Mobilität sind:
- Positionswechsel im Bett,
- Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen,
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs sowie
- Treppensteigen.

(2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Kriterien im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sind:
- 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 sowie
- Beteiligen an einem Gespräch.

(3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Kriterien im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sind:
- 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 sowie sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen.

(4) Selbstversorgung
Kriterien im Bereich der Selbstversorgung sind:
- 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 Harn-Inkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,
- Bewältigen der Folgen einer Stuhl-Inkontinenz und Umgang mit Stoma,
- Besonderheiten bei Sonden-Ernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung sowie

- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

(5) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Kriterien in diesem Bereich sind die Bewältigung von und der Umgang mit Anforderungen und Belastungen
- in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen sowie körpernahe Hilfsmittel,
- in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmal-Katheterisierung und Nutzung von Abführmethoden sowie Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- 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
- in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

(6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Kriterien im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sind:
- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,
- Ruhen und Schlafen,
- Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen,
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt sowie Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

1.1.3 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für Ihre private Krankenversicherung (Regelungen für diesen Baustein - Teil A - sowie Baustein übergreifende Regelungen in den Teilen B und C),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse ergeben sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

1.1.4 Welche Wartezeit muss verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

(1) Dauer der Wartezeit
Die Wartezeit beträgt 3 Jahre. Sie entfällt bei Unfällen.

(2) Beginn der Wartezeit
Die Wartezeit beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(3) Wartezeit bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Wartezeitregelungen auch für die Erweiterung.

(4) Regelungen in den Tarifbedingungen
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Wartezeiten nicht gelten.

1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (siehe Teil C Ziffer 1) eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht. Im Rahmen dieses Bausteins erbringen wir in diesen Fällen jedoch teilweise Leistungen. Dabei gilt Folgendes:

(1) Versicherungsfälle, die zwischen dem Abschluss eines Tarifs nach diesem Baustein und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten
Bei Versicherungsfällen, die nach Abschluss eines Tarifs dieses Bausteins, aber vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil C Ziffer 1 Absatz 3).

(2) Versicherungsfälle, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten
Bei Versicherungsfällen, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) Satz 2).

1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz in Deutschland
Der Versicherungsschutz besteht für Pflege in Deutschland.

(2) Versicherungsschutz bei Aufenthalt im Ausland
Der Versicherungsschutz besteht auch, wenn sich die →versicherte Person
- in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums oder
- darüber hinaus bei einem Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI in der Schweiz

aufhält.

Bei einem Aufenthalt in einem anderen Land besteht kein Versicherungsschutz, soweit nicht in Ziffer 1.1.7 Absätze 1 a) und 2 a) etwas anderes geregelt ist.

1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz?

(1) Dauerhafte Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Alle unsere Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI sehen einen weltweiten Versicherungsschutz vor. Allerdings unterscheiden sich die Tarife insoweit wie folgt:

aa) Versicherungsschutz mit Ausdehnungsvereinbarung (Grundsatz)
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen worden ist und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
- des Europäischen Wirtschaftsraums oder
- der Schweiz

verlegt, endet für sie dieser Pflegetagegeld-Zusatztarif.

Sie haben aber das Recht, innerhalb von 6 Monaten nach Beginn dieses Auslandsaufenthalts die Fortsetzung des Pflegetagegeld-Zusatztarifs mit Anspruch auf Leistungen zu verlangen (Ausdehnungsvereinbarung). Für diesen Fall können in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) besondere Regelungen vorgesehen sein.

bb) Besonderheit: Tarife mit automatischer Fortsetzung
Die Regelung nach Absatz aa) gilt nur für bestimmte Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI. Bitte sehen Sie hierzu in die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2). Dort kann geregelt sein, dass sich der Vertrag automatisch fortsetzt, wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
- des Europäischen Wirtschaftsraums oder
- der Schweiz

verlegt.

In diesem Fall benötigen Sie keine zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung. Es gelten aber auch dann besondere Regelungen für den weltweiten Versicherungsschutz. Diese finden Sie ebenfalls in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen worden ist, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union oder
- des Europäischen Wirtschaftsraums

verlegt, endet für sie dieser Pflegetagegeld-Zusatztarif.

Der Pflegetagegeld-Zusatztarif kann jedoch durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

(2) Vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen worden ist und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt nur vorübergehend in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
- des Europäischen Wirtschaftsraums oder
- der Schweiz

verlegt, gilt Folgendes:

aa) Fortsetzung des Tarifs als Anwartschaftsversicherung
Sie haben das Recht, die Fortsetzung dieses Pflegetagegeld-Zusatztarifs in Form einer →Anwartschaftsversicherung zu verlangen.

Hierfür können in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) weitere Regelungen vorgesehen sein.

bb) Fortsetzung des Tarifs mit Anspruch auf Leistungen
Alle unsere Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI sehen einen weltweiten Versicherungsschutz vor. Allerdings unterscheiden sich die Tarife insoweit wie folgt:

1. Versicherungsschutz mit Ausdehnungsvereinbarung (Grundsatz)
Statt der Fortsetzung als →Anwartschaftsversicherung können Sie von uns auch verlangen, dass der Pflegetagegeld-Zusatztarif mit Anspruch auf Leistungen fortgesetzt wird (Ausdehnungsvereinbarung). In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können hierfür besondere Regelungen vorgesehen sein.

Sie müssen diese Fortsetzung verlangen, bevor die →versicherte Person den Auslandsaufenthalt beginnt, spätestens jedoch innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des vorübergehenden Auslandsaufenthalts. Wenn Sie dies nicht machen, endet der Pflegetagegeld-Zusatztarif mit Beginn des Auslandsaufenthalts.

2. Besonderheit: Tarife mit automatischer Fortsetzung
Die Regelung nach Nummer 1 gilt nur für bestimmte Pflegetagegeld-Zusatztarife der →Produktgruppe UNI. Bitte sehen Sie hierzu in die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2). Dort kann geregelt sein, dass sich der Vertrag automatisch fortsetzt. In diesem Fall benötigen Sie keine zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung. Es gelten aber auch dann besondere Regelungen für den weltweiten Versicherungsschutz. Diese finden Sie ebenfalls in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn für die →versicherte Person ein Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen worden ist, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört und sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt nur vorübergehend in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union oder
- des Europäischen Wirtschaftsraums

verlegt, können Sie verlangen, dass dieser Pflegetagegeld-Zusatztarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie fortgesetzt wird.

1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Baustein oder einem Tarif dieses Bausteins endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Baustein oder der Tarif endet.

1.2 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen sowie das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:
1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen
Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.2.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen
Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

Nachweise im Sinne von Ziffer 1.2.1 Absatz 1 sind insbesondere die Unterlagen, die nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sie müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der pflegebedürftigen Person,
- Art der erbrachten Leistungen und
- die Tage, an denen Pflegemaßnahmen durchgeführt worden sind.

1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Nachweisen können von den Leistungen abgezogen werden.

1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)
Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht prüfen.

(2) Berechtigte Personen
Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:
- der→versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung
Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:
1.3.1 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?
1.3.2 Welche Auskünfte müssen uns nach Eintritt des Versicherungsfalls erteilt werden?
1.3.3 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?
1.3.4 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

1.3.1 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

(1) Das Erfordernis unserer Einwilligung
Unsere Einwilligung ist erforderlich für
- den Neuabschluss einer weiteren Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld oder
- die Erhöhung einer anderweitig bestehenden, weiteren Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld.

(2) Regelungen in den Tarifbedingungen
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Einwilligung nach Absatz 1 nicht erforderlich ist.

1.3.2 Welche Auskünfte müssen uns nach Eintritt des Versicherungsfalls erteilt werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls muss folgende →Obliegenheit beachtet werden:
Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig sind und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

Diese Pflicht gilt auch gegenüber Personen, die wir beauftragt haben, die Auskünfte einzuholen.

1.3.3 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere →Obliegenheiten geregelt sein. Übergreifende Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie in Teil B.

1.3.4 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

Die Rechtsfolgen einer Verletzung von →Obliegenheiten nach Ziffern 1.3.1 und 1.3.2 sowie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ergeben sich aus Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

1.4 Besondere Informationspflichten für diesen Baustein

Welche besonderen Informationspflichten müssen beachtet werden?

(1) Information über Minderung oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit
Sie müssen uns über jede Minderung und über den Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.1.1 unverzüglich informieren.

(2) Information über stationäre Behandlung, Kurbehandlung oder gerichtlich angeordnete Unterbringung
Wenn der Versicherungsfall nach Ziffer 1.1.1 Absatz 1 eingetreten ist, müssen Sie uns über Folgendes informieren:

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, müssen Sie uns für diesen über jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung der →versicherten Person informieren.

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass eine Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung nicht zu den dort genannten Leistungsausschlüssen gehört. Dann müssen Sie uns nicht nach Satz 1 über die Unterbringung informieren.

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, müssen Sie uns für diesen über jede
- vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme,
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und
- Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung

der →versicherten Person informieren.

(3) Weitere Informationspflichten
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere Informationspflichten geregelt sein.

1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen
Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen
Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
1.6.3 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?
1.6.4 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
1.6.5 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

(1) Grundlagen der Beitragsberechnung
Die Beiträge werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

(2) Berücksichtigung persönlicher Faktoren bei Änderung der Beiträge

a) Pflegetagegeld-Zusatztarife der Produktgruppe UNI
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

b) Sonstige Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge
Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Risikozuschlag bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und ein erhöhtes Risiko bei der →versicherten Person vorliegt, können wir für die Erweiterung des Versicherungsschutzes nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

1.6.3 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 16 Jahre oder 21 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können abweichende Altersstufen geregelt sein.

Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 kündigen.

1.6.4 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Kindernachversicherung
Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nicht am Monatsersten beginnt, können wir für die betroffene →versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Todesfall
Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung
Wenn ein Tarif dieses Bausteins vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Berechnung des Tagesbeitrags
Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

1.6.5 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

Die übergreifenden Pflichten zur Beitragszahlung, die für alle Bausteine gelten, sowie die Regelungen zu den Folgen einer Pflichtverletzung finden Sie in Teil B.

1.7 Unsere Rechte zur Anpassung von Beitrag, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

1.7.1 Unser Recht zur Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

Inhalt dieses Abschnitts:

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?
1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?

Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes

für die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen
Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Anpassung bei Änderung der Sterbewahrscheinlichkeiten
Wenn sich die Sterbewahrscheinlichkeiten verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(3) Wirksamwerden einer Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über
- die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe

informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 oder Absatz 2 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 ein Kündigungsrecht.

1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

Wenn Sie bei uns einen Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Voraussetzungen
Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung.

Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den →technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Wenn die Gegenüberstellung zu den Versicherungsleistungen für eine →Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des →Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Wenn die Gegenüberstellung zu den Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Nicht Ausreichen der unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen
Wenn unsere unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, legen wir dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. zur Pflege-Pflichtversicherung zugrunde.

(3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung eines Risikozuschlags
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über eine Beitragsanpassung sowie eine Änderung eines vereinbarten Risikozuschlags informieren. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.7.2 Unser Recht zur Anpassung der Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhänders angepasst werden.

Unter diesen Voraussetzungen können wir insbesondere vertragliche Regelungen anpassen, die den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen, soweit sich die dazu gehörenden gesetzlichen Vorschriften nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ändern.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Wirksamwerden der Änderungen
Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.8 Ihr Recht zum Tarifwechsel und zur Kindernachversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.8.1 Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie?
1.8.2 Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

1.8.1 Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie?

Sie sind berechtigt, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 204 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu verlangen.

1.8.2 Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern
Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten nach den folgenden Absätzen.

a) Fristgerechte Anmeldung
Das Neugeborene des bei uns versicherten Elternteils muss spätestens 2 Monate nach der Geburt bei uns zur Versicherung angemeldet werden. Die Anmeldung bezieht sich rückwirkend auf die Versicherung zum Tag der Geburt.

b) Mindestvertragsdauer des Elternteils
Der Elternteil muss außerdem am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein.

Maßgeblich für diesen Zeitraum ist der vereinbarte Versicherungsbeginn. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann ein abweichender Zeitpunkt geregelt sein.

c) Maßgeblicher Versicherungsschutz des Elternteils
Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der des bei uns versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze insgesamt nach dem Versicherungsschutz, der für den höher oder umfassender versicherten Elternteil abgeschlossen ist.

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass für die Versicherung des Neugeborenen der Abschluss eines leistungsstärkeren Tarifs verlangt werden kann.

d) Umfang des Versicherungsschutzes für das Neugeborene
Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Absätzen a) bis c) erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Pflegetagegeld-Zusatztarifen auch für Pflegebedürftigkeit wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern
Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn
- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der des bei uns versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze insgesamt nach dem Versicherungsschutz, der für den höher oder umfassender versicherten Elternteil abgeschlossen ist.

Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

1.9 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:
1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
1.9.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?

1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

Die Tarife dieses Bausteins sind unbefristet und enden deshalb nicht durch Zeitablauf.

1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail).

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 5 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung
Sie können den Baustein zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

Wenn Sie für die versicherte Person einen Pflegetagegeld-Zusatztarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, können für diesen ein anderer Kündigungstermin und eine kürzere Kündigungsfrist gelten. Bitte sehen Sie hierzu in die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen
Wenn eine vertragliche Regelung dazu führt, dass sich der Beitrag erhöht, weil
- ein bestimmtes Alter erreicht worden ist oder andere in der Regelung genannte Voraussetzungen eingetreten sind und nunmehr ein Beitrag zu zahlen ist, der sich aus diesem Alter oder der entsprechenden Altersgruppe ergibt, oder
- der Beitrag unter Berücksichtigung einer →Alterungsrückstellung berechnet wird,

können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen
Wenn wir den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 1.7.1 erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 1.7.2 Absatz 1 vermindern, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(5) Anspruch auf Aufhebung
Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ih-

nen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

1.9.4 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

1.9.5 Wann endet der Baustein im Todesfall?

Der Baustein endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

1.10 Fortsetzung des Bausteins

Unter welchen Voraussetzungen kann der Baustein oder können Tarife dieses Bausteins fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung

a) Fortsetzung der Pflegetagegeld-Zusatztarife
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Pflegetagegeld-Zusatztarife unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

b) Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für eine →versicherte Person kündigen, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu, die Pflegetagegeld-Zusatztarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, nach Maßgabe des § 204 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Form einer →Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung gestellt werden.

(2) Trennung, Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
Ein getrennt lebender oder rechtskräftig geschiedener Ehegatte kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Für eine Fortsetzung müssen die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt sein.

(3) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Baustein aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Pflegetagegeld-Zusatztarife unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungs-nehmers erklärt werden.

(4) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs
Wenn wir den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die Pflegetagegeld-Zusatztarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren.

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTB03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit)

Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung von Pflegetagegeld erfüllt sein (Zuordnung zu einem Pflegegrad)?
2.2.1.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen?
2.2.1.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit?
2.2.1.4 Nach welchen Pflegearten unterscheiden wir und wer muss die Pflege erbringen?
2.2.1.5 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
2.2.1.6 Ab wann zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
2.2.1.7 In welchen Fällen zahlen wir ein Pflegetagegeld weiter?
2.2.1.8 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir das nach diesem Tarif versicherte Pflegetagegeld nach den folgenden Regelungen.

2.2.1.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung von Pflegetagegeld erfüllt sein (Zuordnung zu einem Pflegegrad)?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie meinen, dass die →versicherte Person pflegebedürftig ist. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Wir zahlen das tarifliche Pflegetagegeld, wenn die versicherte Person anhand ihrer Pflegebedürftigkeit einem der 5 Pflegegrade gemäß § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugeordnet worden ist (Pflegebedürftige eines Pflegegrads).

(1) Ermittlung des Pflegegrads
Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird nach den Vorgaben von § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ermittelt. Dabei sind auch die Kriterien aus § 15 Absatz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu berücksichtigen.

Es gilt ein pflegefachlich begründetes Begutachtungsinstrument. Dabei werden Einzelpunkte für die Kriterien der 6 Bereiche nach § 14 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vergeben. Die gewichteten Einzelpunkte aller Bereiche werden zu Gesamtpunkten addiert. Auf dieser Basis wird die →versicherte Person folgenden 5 Pflegegraden zugeordnet:

a) Pflegegrad 1
Die →versicherte Person hat geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

b) Pflegegrad 2
Die →versicherte Person hat erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

c) Pflegegrad 3
Die →versicherte Person hat schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

d) Pflegegrad 4
Die →versicherte Person hat schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

e) Pflegegrad 5
Die →versicherte Person hat schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Nach § 15 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) gilt eine Besonderheit für Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen. Wenn diese Personen einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können sie aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden. Das gilt auch dann, wenn ihre Gesamtpunkte die für diesen Pflegegrad erforderlichen Gesamtpunkte nicht erreichen.

(2) Besonderheiten bei der Zuordnung von Kindern
Es gelten die Regelungen nach Absatz 1 mit folgenden Besonderheiten:

a) Pflegebedürftige Kinder
Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

b) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten
Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Absatz 7 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

2.2.1.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen?

(1) Feststellungen durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung (Grundsatz)
Wenn die →versicherte Person Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt worden sind, sind für uns die dort getroffenen Feststellungen über

- den Eintritt,
- den Grad und
- die Fortdauer

der Pflegebedürftigkeit maßgebend. In diesem Fall genügt uns die Vorlage entsprechender Nachweise.

(2) Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung

a) Unser Überprüfungsrecht (Grundsatz)
Soweit eine Feststellung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung nach Absatz 1 fehlt, müssen
- der Eintritt,
- der Grad und
- die Fortdauer

der Pflegebedürftigkeit von einem von uns beauftragten Arzt oder dem von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung festgestellt werden.

Die Untersuchung erfolgt bei der →versicherten Person zu Hause. Sie kann auch außerhalb davon erfolgen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen anderenfalls nicht möglich sind.

b) Unser Recht zur wiederholten Prüfung
Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:
- die dort getroffenen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

2.2.1.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

Die Kosten der Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 tragen wir.

Etwas anderes gilt jedoch, wenn Sie innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten erneut den Eintritt eines Versicherungsfalls behaupten, ohne dass wir unsere Leistungspflicht anerkennen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten der Untersuchungen tragen.

2.2.1.4 Nach welchen Pflegearten unterscheiden wir und wer muss die Pflege erbringen?

Wir zahlen das Pflegetagegeld nach diesem Tarif für häusliche, teil- und vollstationäre Pflege. Diese Pflegearten und ihre Leistungserbringer zeichnen sich wie folgt aus:

(1) Häusliche Pflege und ihre Leistungserbringer

a) Häusliche Pflege
Die häusliche Pflege wird auch als ambulante Pflege bezeichnet. Bei ihr wird die →versicherte Person zu Hause gepflegt. Als ihr zu Hause gelten:
- Die Wohnung oder das Haus, in dem die versicherte Person lebt.
- Ein Seniorenheim oder eine andere Einrichtung, in der sie wohnt.

b) Erbringer der häuslichen Pflege
Die häusliche Pflege muss durch geeignete Pflegefachkräfte oder durch Pflegepersonen erbracht werden.

aa) Pflegefachkraft
Pflegefachkräfte sind geeignet, wenn sie eine Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung als Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert haben.

bb) Pflegeperson
Die häusliche Pflege kann auch durch eine Pflegeperson erbracht werden. Pflegepersonen sind Personen, die keine Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung als Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert haben (Laienpflege). Das sind zum Beispiel Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige Helfer.

(2) Teil- und vollstationäre Pflege in Pflegeheimen

a) Teilstationäre Pflege
Die →versicherte Person ist nur tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht. Sie wird dort außerdem nur in diesen Zeiten verpflegt.

b) Vollstationäre Pflege
Die →versicherte Person ist ganztägig in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht. Sie wird dort während der gesamten Zeit verpflegt. Hierzu gehört auch die vorübergehende vollstationäre Pflege in Situationen, in denen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist (Kurzzeitpflege).

c) Stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim)

aa) Begriffserläuterung "stationäre Pflegeeinrichtung"
Eine stationäre Pflegeeinrichtung verlangt folgende 2 Voraussetzungen:
- Es ist eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung.
- Dort werden Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt.

bb) Keine stationären Pflegeeinrichtungen im vertraglichen Sinne
Keine stationären Pflegeeinrichtungen im vertraglichen Sinne sind stationäre Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Das sind zum einen Krankenhäuser. Außerdem zählen hierzu sonstige stationäre Einrichtungen, bei denen einer der folgenden Zwecke im Vordergrund steht:
- Leistungen zur medizinischen Vorsorge,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft oder
- die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen.

Bei Aufenthalten in diesen Einrichtungen sind wir grundsätzlich nicht leistungspflichtig für voll- oder teilstationäre Pflege. Ein Anspruch auf Leistungen wegen häuslicher Pflege (siehe Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1) ändert sich nicht. Wenn sich die →versicherte Person zudem während einer häuslichen, teil- oder vollstationären Pflege in einer
- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, gilt zusätzlich Ziffer 2.2.1.7.

2.2.1.5 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

(1) Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege

Die Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:
- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Der für sie festgestellte Pflegegrad nach Ziffer 2.2.1.1.
- Die Feststellung der häuslichen oder teilstationären Pflege.

Wir zahlen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:
- 20 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 1.
- 30 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 2.
- 50 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 3.
- 80 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 4.
- 100 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 5.

Das machen wir für jeden Tag der häuslichen oder teilstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage). Wir zahlen das Pflegetagegeld außerdem in gleicher Höhe, wenn die häusliche Pflege nicht durch eine Pflegefachkraft, sondern durch eine Pflegeperson vorgenommen wird. Vergleichen Sie zu den genannten Leistungserbringern bitte auch Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1. Pflegepersonen können

danach zum Beispiel Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige Helfer sein.

(2) Höhe des Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege
Die Höhe des Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:
- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Der für sie festgestellte Pflegegrad nach Ziffer 2.2.1.1.
- Die Feststellung der vollstationären Pflege.

Wir zahlen bei vollstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:
- 20 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 1.
- 100 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5.

Das machen wir für jeden Tag der vollstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage).

2.2.1.6 Ab wann zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

Wir zahlen im vertraglichen Umfang monatlich rückwirkend mit Beginn folgender Zeitpunkte:
- Ab dem Tag, für den von der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung der Leistungsbeginn mitgeteilt worden ist (siehe Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1).
- Ab dem Tag, für den durch den von uns beauftragten Arzt oder medizinischen Dienst die Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist. Dies setzt voraus, dass eine Feststellung durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung fehlt (siehe Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2).

2.2.1.7 In welchen Fällen zahlen wir ein Pflegetagegeld weiter?

(1) Erweiterung der Leistungszusage für häusliche und teilstationäre Pflege
Wenn sich die →versicherte Person während einer häuslichen oder teilstationären Pflege in einer
- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, zahlen wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe für häusliche und teilstationäre Pflege gemäß Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1 weiter. In diesem Fall besteht aber kein Anspruch auf Zahlung eines Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege.

(2) Erweiterung der Leistungszusage für vollstationäre Pflege
Wenn sich die →versicherte Person während einer vollstationären Pflege in einer
- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, zahlen wir das Pflegetagegeld für vollstationäre Pflege in unveränderter Höhe gemäß Ziffer 2.2.1.5 Absatz 2 weiter.

Das gilt auch, wenn diese Behandlung in einer stationären Einrichtung nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfolgt. Insoweit verzichten wir auf den Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.4 Absatz 2 c) bb) Sätze 1 bis 4.

Das bedeutet auch: Wenn sich die versicherte Person in einer anderen sonstigen stationären Einrichtung nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) befindet, kann somit nur ein Anspruch auf Pflegetagegeld für häusliche Pflege nach Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1 bestehen. Mit einer anderen sonstigen stationären Einrichtung meinen wir dabei eine Einrichtung, bei der einer der folgenden Zwecke im Vordergrund steht:
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft oder
- die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen.

2.2.1.8 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.2 Individuelle Pflegebegleitung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.2.1 Welche Grundsätze gelten für die Erbringung der individuellen Pflegebegleitung?
2.2.2.2 Welche Leistungen der individuellen Pflegebegleitung erbringen wir nach diesem Tarif?
2.2.2.3 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

2.2.2.1 Welche Grundsätze gelten für die Erbringung der individuellen Pflegebegleitung?

(1) Zusatzleistungen zur gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung
Die individuelle Pflegebegleitung erfolgt ergänzend zur Pflegeberatung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Personen, für die wir Leistungen erbringen
Wir erbringen die Leistungen gegenüber
- der →versicherten Person,
- nahen Angehörigen gemäß § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) - wie zum Beispiel Eltern, Groß- oder Schwiegereltern, Ehe- oder Lebenspartner oder Kinder - und
- Pflegepersonen (siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1 b) bb)),

wenn sich die individuelle Pflegebegleitung auf die versicherte Person bezieht.

Wir erbringen die Leistungen gegenüber der versicherten Person auch dann, wenn sich die individuelle Pflegebegleitung auf einen nahen Angehörigen bezieht. Bitte vergleichen Sie zum Begriff "naher Angehöriger" Satz 1.

(3) Leistungsbeschränkung auf Deutschland
Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erbringen wir die Leistungen ausschließlich in Deutschland und sie beziehen sich auf Pflegeleistungen und Angebote in Deutschland.

2.2.2.2 Welche Leistungen der individuellen Pflegebegleitung erbringen wir nach diesem Tarif?

(1) Unser Beratungsangebot telefonisch oder vor Ort

a) Ort der Leistungserbringung
Wir erbringen unsere Leistungen während der gesamten Vertragsdauer
- telefonisch oder
- auf Wunsch bei der →versicherten Person oder dem nahen Angehörigen zu Hause.

b) Unser Leistungsangebot
Wir bieten folgende Leistungen:
- Wir beraten über Pflegeleistungen verschiedener Träger, wie zum Beispiel der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung und der Sozialhilfe.
- Wir unterstützen bei der Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Außerdem beraten wir über, nennen und vermitteln:
- Pflegeleistungen, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 2 c)), Einrichtungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege. Diese Leistungen erbringen wir innerhalb von 24 Stunden nach der Anfrage.
- Pflegeschulungen für Pflegepersonen (siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1 b) bb)) der versicherten Person oder des nahen Angehörigen.

- Informationen zur Prävention (zum Beispiel Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung).
- Demenzberatung.
- Psychosoziale Beratung und Begleitung.
- Angebote von Selbsthilfegruppen, psychologischen Einrichtungen, Verbänden oder sonstigen Institutionen im Gesundheitswesen.
- Wohnumfeldberatungen.
- behindertengerechte Umgestaltung von Fahrzeugen.

(2) Weitere rein telefonische Beratungen
Wir beraten über, nennen und vermitteln außerdem während der gesamten Vertragsdauer telefonisch:
- Assistanceleistungen, wie zum Beispiel Erledigung von Einkäufen und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Unterbringung von Haustieren, Gartenpflege und Schneeräumdienst.
- Angebote im Bereich Freizeit, Bildung und Reise.

2.2.2.3 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.3 Haus-Notruf-Service in Deutschland

2.2.3.1 Welche Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System ersetzen wir?

(1) Versicherte Leistungen

a) Unser Aufwendungsersatz
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- ein Haus-Notruf-System. Dies umfasst die Aufwendungen für ein Haus-Notruf-Gerät samt Sender und für die Notruf-Hotline.
- den Schlüssel- und Einsatzdienst.

Das setzt voraus:
- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig. Bitte vergleichen Sie zu diesem Begriff Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.
- Das System ist von einem Träger der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung anerkannt. Das ist jeder Träger der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.
- Das Haus-Notruf-Gerät und der Sender werden außerdem in der deutschen Wohnung der versicherten Person eingerichtet. Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt in diesem Fall nicht.

b) Versicherter Höchstbetrag
Der Ersatz der Aufwendungen ist auf höchstens 30 Euro pro →versicherte Person und Monat begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung
Wenn für die →versicherte Person aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen für ein Haus-Notruf-System besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

2.2.3.2 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.4 Weltweiter Versicherungsschutz (Automatische Fortsetzung mit besonderen Regelungen)

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.4.1 Was bedeutet "weltweiter Versicherungsschutz"?
2.2.4.2 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?
2.2.4.3 Was gilt für unsere Rechte, um die Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen?
2.2.4.4 Wo finden die Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit statt?
2.2.4.5 Welche Einschränkungen bestehen für unsere Kostentragung bei Untersuchungen?

2.2.4.1 Was bedeutet "weltweiter Versicherungsschutz"?

(1) Grundsätzlicher Geltungsbereich
Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person
- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
- in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
- in der Schweiz

aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

(2) Automatischer Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)
Wenn sich die →versicherte Person
- vorübergehend oder dauerhaft
- in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs aufhält,

setzt sich der Vertrag automatisch fort (weltweiter Versicherungsschutz). Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert von uns verlangen. Für den weltweiten Versicherungsschutz gelten aber die besonderen Regelungen nach Ziffer 2.2.4.

(3) Leistungen auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit
Wir erbringen die Tarifleistungen auch, wenn die Pflegebedürftigkeit bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts besteht.

Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit eintritt.

2.2.4.2 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

(1) Maßgebliche Versicherungsbedingungen
Ab Beginn des Auslandsaufenthalts außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs sind die Regelungen nach Ziffer 2.2.4 einschlägig.

Es gelten außerdem die Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) und die Tarifbedingungen, soweit sie nicht durch die Regelungen in den Ziffern 2.2.4.2 bis 2.2.4.5 geändert werden.

(2) Unveränderter Versicherungsschutz
Die Regelung in Absatz 1 bedeutet vor allem, dass wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe zahlen (siehe dazu Ziffer 2.2.1.5). Entsprechendes gilt zum Beispiel auch für die Regelungen zur Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung (Ziffer 2.4) oder über Tagessatzerhöhungen (Ziffer 2.5). Diese gelten ebenfalls unverändert.

2.2.4.3 Was gilt für unsere Rechte, um die Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen?

Auch bei einem weltweiten Versicherungsschutz dürfen wir wie folgt die Leistungsvoraussetzungen überprüfen:

(1) Unser Recht zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen (Grundsatz)
Die Fälligkeit der Versicherungsleistungen richtet sich nach Ziffer 1.2.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Wir behalten

uns vor, die Erhebungen nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein jederzeit vorzunehmen.

(2) Besonderheiten bei Überprüfungen zur Pflegebedürftigkeit
Wenn wir Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit überprüfen lassen wollen, gilt Folgendes:

Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:
- die dort getroffenen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

2.2.4.4 Wo finden die Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit statt?

(1) Untersuchungen im Aufenthaltsland (Grundsatz)
Der Ort der Untersuchung richtet sich nach Ziffer 2.2.1.2. Danach finden Untersuchungen zu Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit grundsätzlich im Aufenthaltsland der →versicherten Person statt. Wenn durch die Untersuchungen Mehrkosten entstehen, müssen Sie diese tragen (siehe Ziffer 2.2.4.5 Absatz 1).

(2) Besonderheit: Untersuchungen in Deutschland
Sie können von uns verlangen, dass die Untersuchung abweichend von Absatz 1 in Deutschland durchgeführt wird.

Die damit zusammenhängenden Reisekosten übernehmen wir nicht (siehe Ziffer 2.2.4.5 Absatz 2).

2.2.4.5 Welche Einschränkungen bestehen für unsere Kostentragung bei Untersuchungen?

(1) Untersuchungen im Aufenthaltsland
Nach Ziffer 2.2.1.3 tragen wir grundsätzlich die Kosten für Untersuchungen im Aufenthaltsland der →versicherten Person.

Unsere Kostentragung nach Satz 1 ist aber in folgendem Fall eingeschränkt:
- Die Untersuchung im Aufenthaltsland führt zu Mehrkosten.
- Mehrkosten sind die Kosten, die höher sind als jene Kosten, die für eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt oder den von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung innerhalb Deutschlands entstanden wären (Grundkosten).

Dann tragen Sie die Mehrkosten und wir übernehmen die Grundkosten.

(2) Untersuchungen in Deutschland
Wenn nach Ziffer 2.2.4.4 Absatz 2 eine Untersuchung innerhalb Deutschlands gewünscht wird, tragen wir die Untersuchungskosten. Wir ersetzen aber nicht die Aufwendungen, die für die Reise der →versicherten Person zu und von der Untersuchung entstehen.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit
a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen. Ein solcher Grund liegt etwa vor, wenn sie das Gebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

2.4 Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung

Unter welchen Voraussetzungen sind Sie von der Beitragspflicht befreit?

(1) Voraussetzungen der Beitragsbefreiung
Sie müssen keinen Beitrag für die →versicherte Person zahlen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person ist dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Bitte vergleichen Sie Ziffer 2.2.1.1 Absatz 1.
- Für sie besteht außerdem ein Anspruch auf Pflegetagegeld-Zahlung nach diesem Tarif.

(2) Beginn und Ende der Beitragsbefreiung
Die Beitragsbefreiung gilt rückwirkend. Sie beginnt zum Ersten des Monats, in dem unsere Leistungspflicht für den Pflegegrad 5 nach diesem Tarif besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Ihr Anspruch für die →versicherte Person nach diesem Tarif auf Pflegetagegeld nach Pflegegrad 5 entfällt. Das gilt auch, wenn eine Herabsetzung auf Pflegegrad 4, 3, 2 oder 1 erfolgt.

2.5 Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:
2.5.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?
2.5.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?
2.5.3 Welche Reichweite haben die Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes?

2.5.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?

(1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes
Solange die →versicherte Person noch nicht 70 Jahre alt ist, erhöhen wir planmäßig den für sie versicherten Tagessatz wie folgt:
- alle 36 Monate,
- um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 5 Euro), jedoch um mindestens 5 Euro.

Für die planmäßige Erhöhung müssen jeweils folgende 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Die versicherte Person ist in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert gewesen. Sie ist nicht mit Anspruch auf Leistungen versichert gewesen, wenn dieser Tarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist oder ruht.
- Außerdem haben Sie den Tagessatz in dieser Zeit nicht geändert. Eine Änderung des Tagessatzes liegt auch vor, wenn Sie

diesen über eine Nachversicherungsoption nach Ziffer 2.5.2 erhöht haben.

Wir verzichten bei der planmäßigen Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung
Wir werden Sie in jedem Jahr, in dem für die →versicherte Person eine planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 erfolgt, in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) im Voraus über
- den erhöhten Tagessatz,
- den nach der Erhöhung maßgeblichen Beitrag,
- den Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam wird, sowie
- die Frist, innerhalb derer der planmäßigen Erhöhung für die versicherte Person widersprochen werden kann,

informieren.

(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung
Für die Beitragsberechung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ihr Widerspruchsrecht
Sie können der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes
- für alle davon betroffenen →versicherten Personen,
- zum Ende des Monats, der dem Monat folgt, in dem die planmäßige Erhöhung wirksam wird, rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung

→schriftlich widersprechen. Wir weisen Sie auf die Folgen des Fristablaufs in unserer vorherigen Information nach Absatz 2 hin.

(5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung

a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht
Wenn Sie 3 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die →versicherte Person widersprechen, erlischt insoweit das Recht auf Teilnahme an zukünftigen planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes.

Wir werden Sie mit der Information über die planmäßige Erhöhung des Tagessatzes im Voraus auf die Folgen eines Widerspruchs nach Satz 1 hinweisen. Das machen wir, wenn Sie unmittelbar zuvor 2 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die versicherte Person widersprochen haben.

b) Neubegründung des Rechts
Wenn das Recht auf Teilnahme an künftigen planmäßigen Erhöhungen nach Absatz a) Satz 1 erloschen ist und nachträglich für die →versicherte Person eine Erhöhung des Tagessatzes mit Gesundheitsprüfung vorgenommen wird, wird das Recht auf planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 neu begründet.

2.5.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes zu verlangen (Nachversicherungsoptionen).

(1) Anlässe für eine Tagessatzerhöhung

a) Abschluss von Berufsausbildung oder Studium
Die →versicherte Person
- ist noch keine 39 Jahre alt und
- hat eine Berufsausbildung oder ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erfolgreich abgeschlossen.

Erfolgreich ist ein Abschluss, wenn die versicherte Person die Abschlussprüfung bestanden hat. Der Abbruch der Ausbildung oder des Studiums stehen einem Abschluss nicht gleich.

Die Erhöhung des Tagessatzes ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

b) Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes
Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und für sie ändert sich wie folgt die Absicherung über die Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes:
- Der Anspruch auf Beihilfe entfällt vollständig oder sie gilt nicht mehr als berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Der neue Tagessatz wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Absicherung der versicherten Person im Sinne der Sätze 1 und 2 weggefallen ist.

c) Kauf einer Immobilie
Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und nimmt ein Darlehen auf, um eine Immobilie zu kaufen. Sie will die Immobilie nach dem Kauf selbst zum Wohnen nutzen und der Kaufpreis beträgt mindestens 100.000 Euro.

Die Erhöhung des Tagessatzes ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

d) Weitere persönliche Anlässe
Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und es ereignet sich Folgendes:
- ihr leibliches Kind wird geboren oder sie adoptiert ein minderjähriges Kind.
- ihr leibliches Kind oder ihr Adoptivkind stirbt.
- sie heiratet oder begründet eine eingetragene Lebenspartnerschaft.
- ihre Ehe wird geschieden oder ihre eingetragene Lebenspartnerschaft wird aufgehoben.
- ihr Ehegatte oder ihr eingetragener Lebenspartner stirbt.

Jedes dieser weiteren persönlichen Ereignisse berechtigt für sich genommen zu einer Erhöhung des Tagessatzes. Sie können pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit jedoch höchstens insgesamt zweimal wegen dieser Ereignisse eine Erhöhung des Tagessatzes verlangen. Die Erhöhung wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

(2) Besonderheiten für Ihren Anspruch auf Tagessatzerhöhung

a) Betragsmäßige Begrenzung der Tagessatzerhöhung
Sie sind berechtigt, die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 30 Euro, zu verlangen.

b) 6-Monatsfrist für Ihr Erhöhungsverlangen
Sie müssen jede Erhöhung des Tagessatzes innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass von uns verlangen.

c) Keine erneute Gesundheitsprüfung
Wir verzichten bei der Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung
Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ausschluss des Rechts auf Tagessatzerhöhungen
Eine Erhöhung des Tagessatzes ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person
- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist.

Vergleichen Sie zu diesem Begriff bitte auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.5.3 Welche Reichweite haben die Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes?

(1) Reichweite von Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen
Die Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 gelten auch für die Erhöhung des Tagessatzes nach dem folgenden Tarif:

- Sie haben bei uns einen weiteren Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen.
- Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PZTB03 für häusliche oder teilstationäre Pflege in den Pflegegraden 2, 3 und 4.
- Er enthält Regelungen zu Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen.

Das bedeutet: Eine Erhöhung nach diesen vertraglichen Regelungen umfasst nicht nur den Tagessatz nach diesem Tarif. Denn darüber hinaus erweitert sich gleichzeitig der Versicherungsschutz nach dem ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif. Im Übrigen gelten insoweit die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif.

(2) Recht zur Erhöhung des Tagessatzes außerhalb von Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen
Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.6 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

2.6.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.6.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 2 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.7 Ruhen der Versicherung

Inhalt dieses Abschnitts:
2.7.1 Was bedeutet "Ruhen der Versicherung"?
2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?
2.7.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?
2.7.4 Welche Reichweite haben die Regelungen zum Ruhen der Versicherung?

2.7.1 Was bedeutet "Ruhen der Versicherung"?

(1) Keine vertraglichen Rechte und Pflichten (Grundsatz)
Während der Ruhenszeit gelten für Sie und uns keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Das bedeutet insbesondere:
- Sie müssen keine Beiträge zahlen.
- Sie nehmen nicht an der Dynamisierung teil.
- Wir müssen keine Versicherungsleistungen erbringen.

Die Regelungen nach Ziffer 2.7 zum Ruhen der Versicherung gelten aber unverändert. Außerdem gelten Rechte, die sich unmittelbar aus dem Gesetz (zum Beispiel Versicherungsvertragsgesetz - VVG) ergeben, auch während der Ruhenszeit.

(2) Besonderheiten für die Nachversicherungsoptionen
Wenn für die →versicherte Person während der Ruhenszeit ein Anlass zur Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.5.2 eintritt, gilt Folgendes:
- Sie müssen jede Ausübung der Nachversicherungsoption und Erhöhung des Tagessatzes innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass bei uns anmelden. Sie können die Erhöhung frühestens mit Wirkung zum Fortsetzungstermin nach Ziffer 2.7.3 Absatz 1 ausüben.
- Die Begrenzung der Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.5.2 Absatz 2 a) gilt auch für die Anmeldung.
- Nachdem der Vertrag im Anschluss an die Ruhenszeit fortgesetzt wird (siehe dazu bitte Ziffer 2.7.3), erhöhen wir für die versicherte Person den Tagessatz im vertraglichen Umfang.
- Sie können der Tagessatzerhöhung innerhalb von 14 Tagen in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) widersprechen, nachdem Sie von uns den geänderten Versicherungsschein erhalten haben.

2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, das Ruhen der Versicherung zu verlangen.

(1) Anlässe für ein Ruhen der Versicherung

a) Arbeitslosigkeit
Die →versicherte Person ist arbeitslos und hat Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

Sie können das Ruhen der Versicherung wegen Arbeitslosigkeit pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit nur einmal verlangen.

Die Ruhenszeit beträgt 12 aufeinanderfolgende Monate. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhendstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf von 12 Monaten.

b) Elternzeit
Die →versicherte Person befindet sich in Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Sie können das Ruhen der Versicherung pro versicherte Person und Kind nur einmal verlangen. Sie können zwischen einer Ruhenszeit von
- 12,
- 24 oder
- 36

aufeinanderfolgenden Monaten wählen. Diese Wahl müssen Sie treffen, wenn Sie das Ruhen der Versicherung verlangen.

Die Ruhenszeit beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhendstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Monatszahl.

(2) Besonderheiten für Ihr Verlangen auf Ruhendstellung
Sie müssen jedes Ruhen der Versicherung
- innerhalb von 3 Monaten nach dem Anlass
- →schriftlich

von uns verlangen.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen ruhend stellen wollen, müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von Ihrem Verlangen Kenntnis erlangt haben.

(3) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung
Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen. Maßgeblich ist jeweils der Zeitpunkt Ihres Verlangens auf Ruhendstellung.
- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig. Bitte vergleichen Sie zu diesem Begriff auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate. Diese 12-Monatsfrist rechnet von dem für die versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn an.

2.7.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?

(1) Grundsätze

a) Fortsetzung der vertraglichen Rechte und Pflichten
Abhängig davon, aus welchem Anlass Sie das Ruhen der Versicherung verlangt haben, beträgt die Ruhenszeit 12 bis 36 Monate. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.7.2 Absatz 1.

Mit Ablauf der Ruhenszeit setzt sich der Vertrag für die →versicherte Person mit allen Rechten und Pflichten fort. Das bedeutet insbesondere:
- Sie sind ab dem Tag der Fortsetzung (Fortsetzungstermin) zur Beitragszahlung verpflichtet.
- Sie nehmen im vertraglichen Umfang an der Dynamisierung teil.
- Wir schulden die Versicherungsleistungen im vertraglichen Umfang.

Wenn der Versicherungsfall während der Ruhenszeit eingetreten ist, erbringen wir die Versicherungsleistungen erst ab dem Fortsetzungstermin.

b) Beitragsberechnung
Wir berechnen Ihren Beitrag wie folgt:
- Wir berücksichtigen die zum Fortsetzungstermin erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person.
- Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

(2) Vertragsänderungen während der Ruhenszeit
Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Für Tagessatzerhöhungen durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhenszeit angemeldet haben, gilt Ziffer 2.7.1 Absatz 2.

2.7.4 Welche Reichweite haben die Regelungen zum Ruhen der Versicherung?

Ein Ruhen der Versicherung nach diesem Tarif führt auch zum Ruhen der Versicherung in folgendem Tarif:
- Sie haben bei uns einen weiteren Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen.
- Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PZTB03 für häusliche oder teilstationäre Pflege in den Pflegegraden 2, 3 und 4.
- Er enthält Regelungen zum Ruhen der Versicherung.

Das bedeutet: Ein Ruhen nach diesen vertraglichen Regelungen betrifft nicht nur die vertraglichen Rechte und Pflichten nach diesem Tarif. Denn darüber hinaus ruhen auch die vertraglichen Rechte und Pflichten nach dem ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif. Im Übrigen gelten insoweit die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif.

2.8 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erklären.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Ordentliche Kündigung
Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung
Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung
Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und §§ 194 Absatz 1 Satz 3, 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte
Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung
Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Formerfordernisse
Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 **Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
2.2 **Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
2.3 **Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
2.4 **Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?**

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch

rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren
Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erteilt wird.

(5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug
Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(6) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit
Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf
Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen
Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

(1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand
Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:
- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

(2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand
Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

(3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand
Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

(4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit
Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,
- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder
- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder

- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags
Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhenszeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

(2) Unser Kündigungsrecht
Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,
- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

(2) Wartezeiten
Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

(3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag
Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Leistungsempfänger
Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person
Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn
- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,
- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22,10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen
Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz
Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland
Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung
Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zugeht.

7. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

Alterungsrückstellung.
Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind somit Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Anwartschaftsversicherung.
Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Beobachtungseinheit.
Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Card für Privatversicherte ("AllianzCard").
Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

Eintrittsalter.
Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

Gruppenversicherungsvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Karenzzeit.
Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Kollektivvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Krankengeld.
Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

Mindestversicherungsdauer.
Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.
Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Produktgruppe UNI.
Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

Risikoprüfung.
Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.
Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

Schriftform.
Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.
Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.
Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

substitutiv.
Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder

Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

technische Berechnungsgrundlagen.
Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.
Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

Übertragungswert.
Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

versicherte Person.
Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.
Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.
Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.