**Bitte nehmen Sie diese Übersicht zur Änderung der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen (AVB) für die private
Pflegepflichtversicherung (PPV) zu Ihren Vertragsunterlagen**

Der Gesetzgeber hat das „Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)“ und das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)“ beschlossen.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen erreicht werden. Die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen sollen so weiter verbessert werden.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz beinhaltet überwiegend Regelungen zur Sicherstellung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Änderungen des Leistungsrechts der privaten Pflegepflichtversicherung im Bereich der Betreuungsdienste.

Neben redaktionellen Änderungen (Streichung der gegenstandslos gewordenen Übergangsregelung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Aktualisierung der Bezeichnung der Musterbedingungen „MB/PPV 2019“) und Klarstellungen ergeben sich Änderungen bei den Beratungseinsätzen. Diese sind durch einen zugelassenen Pflegedienst zu erbringen. Zudem ergeben sich neue Regelungen zur Vergütung der Beratung. Außerdem werden Betreuungsdienste dauerhaft als Leistungserbringer anerkannt. Sie können pflegerische Betreuungshilfen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen.

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2020 wirksam. Die Zustimmung des juristischen Treuhänders liegt vor. Die neuen Regelungen berücksichtigen wir automatisch bei der Leistungsabrechnung. Daher ist kein Handlungsbedarf Ihrerseits nötig.

Die Details zu den Änderungen finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Die Änderungen sind dabei **blau** hervorgehoben.

**Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung (PPV)
– Tarife PVN, PVB**

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2017), II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Dieser Bedingungsteil sowie die Zusatzvereinbarungen gelten in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung.</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2017)</p> <p>Der Versicherungsschutz</p> <p>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</p> <p>...</p> <p>(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn ...</p> <p>(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2017, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.</p>	<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2019), II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Dieser Bedingungsteil sowie die Zusatzvereinbarungen gelten in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung.</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2019)</p> <p>Der Versicherungsschutz</p> <p>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</p> <p>...</p> <p>(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch einem Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn ...</p> <p>(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2019, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>...</p> <p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) ...</p> <p>Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die ..., anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt.</p> <p>Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.</p> <p>...</p> <p>(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,</p> <p>a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,</p> <p>b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich</p> <p>eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch ...</p> <p>Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet.</p> <p>...</p> <p>(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn</p> <p>...</p> <p>2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,</p> <p>3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und</p> <p>...</p> <p>§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung</p> <p>(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.</p> <p>(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt ...</p> <p>...</p> <p>(2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer ... Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder medizinischen Dienstes durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.</p> <p>...</p> <p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p> <p>§ 8 Beitragszahlung</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) ...</p> <p>Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die ..., anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. <u>Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen.</u></p> <p>Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.</p> <p>...</p> <p>(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,</p> <p>a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,</p> <p>b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich</p> <p>eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch <u>einen zugelassenen Pflegedienst</u>, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder <u>der</u> von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch <u>einen zugelassenen Pflegedienst</u> vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch ...</p> <p>Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet.</p> <p><u>Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1 a SGB XI (siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.</u></p> <p>...</p> <p>(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn</p> <p>...</p> <p>2. sie Leistungen nach <u>den Absätzen</u> 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,</p> <p>3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder <u>die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen</u>, und</p> <p>...</p> <p>§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung</p> <p>(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag <u>nicht in dem Kalendermonat</u> gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, <u>sondern zu einem späteren Zeitpunkt</u>, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.</p> <p>(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt <u>oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung</u> festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt ...</p> <p>...</p> <p>(2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer ... Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder <u>des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung</u> durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.</p> <p>...</p> <p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p> <p>§ 8 Beitragszahlung</p> <p>...</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie</p> <p>...</p> <p>e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.</p> <p>(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern</p> <p>...</p> <p>c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang),</p> <p>d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - (siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.</p> <p>...</p>	<p>(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie</p> <p>...</p> <p>e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; <u>bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsschädigung erreicht worden wäre</u>; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.</p> <p>(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern</p> <p>...</p> <p>c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies <u>gilt auch</u> bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang),</p> <p>d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - (siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind <u>innerhalb der Altersgrenzen</u> nach Buchstaben a), b) oder c) <u>beitragsfrei</u> versichert war <u>oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war</u>.</p> <p>...</p>
<p>II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die ... Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <p>1. § 3 MB/PPV 2017 entfällt die Wartezeit;</p> <p>2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2017 besteht Anspruch ...;</p> <p>3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017</p> <p>...</p> <p>4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2017 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.</p> <p>...</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <p>§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2017</p> <p>...</p> <p>b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) - Zweites Buch (II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.</p> <p>...</p> <p>Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen</p>	<p>II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die ... Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <p>1. § 3 MB/PPV <u>2019</u> entfällt die Wartezeit;</p> <p>2. § 8 Abs. 3 MB/PPV <u>2019</u> besteht Anspruch ...;</p> <p>3. § 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2019</u></p> <p>...</p> <p>4. § 8a Abs. 2 MB/PPV <u>2019</u> erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.</p> <p>...</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <p>§ 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2019</u></p> <p>...</p> <p>b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) - Zweites Buch (II) <u>oder des SGB XII</u> auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.</p> <p>...</p> <p>Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB, IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)</p> <p>Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2017) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220.</p> <p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB</p> <p>Leistungen der Versicherer ...</p> <p>2. Pflegegeld ...</p> <p>2.2 Für die Beratung werden in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. ...</p> <p>IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)</p> <p>§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade</p> <p>(1) Die Feststellung des Versicherungsfalles und die weiteren Leistungsvoraussetzungen richten sich nach den Versicherungsbedingungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung gelten.</p> <p>(2) Versicherte Personen, bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe (Pflegebedürftigkeit) oder eine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 festgestellt wurde und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung vorliegen, werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Absatz 3 und 4 einem Pflegegrad zugeordnet. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) die Zuordnung schriftlich mit.</p> <p>(3) Versicherte Personen, bei denen eine Pflegestufe nach § 1 Abs. 6 MB/PPV 2015, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet</p> <p>a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2, b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3, c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden.</p> <p>(4) Versicherte Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet</p> <p>a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe in den Pflegegrad 2, b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3, c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4, d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III, auch soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.</p> <p>(5) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 3 oder 4 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach § 1 Abs. 4 MB/PPV 2017 erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit nach den MB/PPV 2017 mehr vorliegt. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer oder zu einer Pflegekasse, wenn das neue Versicherungsverhältnis bzw. die Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird.</p> <p>(6) Stellt eine versicherte Person, bei der das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach den MB/PPV 2015 festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen Höherstufungsantrag und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum</p>	<p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB, IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)</p> <p>Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2019) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220.</p> <p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB</p> <p>Leistungen der Versicherer ...</p> <p>2. Pflegegeld ...</p> <p>2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. ...</p> <p>IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)</p> <p>§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade</p> <p>(Regelung ist gegenstandslos geworden.)</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>vom 1. November bis 31. Dezember 2016 bereits nach den MB/PPV 2017.</p> <p>§ 2 Besitzstandsschutz ...</p> <p>(2) Versicherte Personen, 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2017 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2017 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) schriftlich mitteilen und erläutern.</p> <p>§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege</p> <p>(1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 i.V.m. Nr. 7 des Tarifs PV 2017 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>(2) Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.</p> <p>...</p> <p>§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung ...</p> <p>(2) In den Fällen des § 1 Abs. 6 richtet sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang). Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.</p> <p>(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass 1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2017 vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2017 ist.</p> <p>...</p> <p>§ 5 Begutachtungsverfahren</p> <p>Bei versicherten Personen, welche von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 Wiederholungsbegutachtungen nur durchgeführt, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.</p> <p>Die Frist nach § 6 Abs. 2a Satz 1, Halbsatz 1 MB/PPV 2017 ist vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 nur dann zu beachten, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt.</p> <p>§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel</p>	<p>§ 2 Besitzstandsschutz ...</p> <p>(2) Versicherte Personen, 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2019 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2019 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitteilen und erläutern.</p> <p>§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege</p> <p>(1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 i.V.m. Nr. 7 des Tarifs PV 2019 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>(2) Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.</p> <p>...</p> <p>§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung ...</p> <p><u>(Regelung ist gegenstandslos geworden.)</u></p> <p>(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass 1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2019 vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2019 ist.</p> <p>...</p> <p>§ 5 Begutachtungsverfahren</p> <p><u>(Regelung ist gegenstandslos geworden.)</u></p> <p>§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017</p> <p>Soweit versicherte Personen im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 erfüllen, können sie die Leistungsbeträge, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für solche Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt werden, die von den versicherten Personen in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 in Anspruch genommen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen.</p>	<p>nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017</p> <p>(Regelung ist gegenstandslos geworden.)</p>
<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag von 6,05 EUR in Tarilstufe PVN und 4,71 EUR in Tarilstufe PVB zu zahlen.</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2017 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrundeliegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2017 entsprechend.</p>	<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag zu zahlen, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2019 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrundeliegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2019 entsprechend.</p>
<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2017 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zu-</p>	<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2019 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zu-</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>grunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2017 entsprechend.</p>	<p>grunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2019 entsprechend.</p>
<p>Private Pflegepflichtversicherung - Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten</p> <p>In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017 und Tarif PV) gilt Folgendes:</p> <p>...</p> <p>2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 14 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2017 ab 1. Januar 2015 bis zu einer Neufestsetzung gemäß Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 8,43 EUR.</p> <p>...</p> <p>4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017, Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI" oder der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 34. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.</p> <p>6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2017 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.</p> <p>7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2017 entsprechend.</p>	<p>Private Pflegepflichtversicherung - Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten</p> <p>In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019 und Tarif PV) gilt Folgendes:</p> <p>...</p> <p>2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 14 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2019 einen monatlichen Beitrag der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.</p> <p>...</p> <p>4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019, Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI" oder der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.</p> <p>6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2019 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.</p> <p>7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2019 entsprechend.</p>