

Verbraucherinformation für Pflegetagegeldversicherungen

Pflegetagegeldversicherung im

Fall der Pflegebedürftigkeit

– Private Vorsorge

in der Fassung 01/2024

Ihr Versicherer:
IDEAL Versicherung AG
Kochstr. 26
10969 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	Seite 3
Widerrufsbelehrung	Seite 5
Allgemeine Versicherungsbedingungen AB-IPT-2021B	Seite 7
Ergänzende Versicherungsbedingungen EB-SOFORT-IPT-2021A	Seite 19

Allgemeine Hinweise

Die folgenden Informationen nach § 1 VVG- Informationspflichtenverordnung geben Ihnen einen Überblick zu Ihrer Versicherung.

1. Wer ist Ihr Versicherer?

Ihr Versicherer ist die IDEAL Versicherung AG.

Sitz der IDEAL Versicherung AG ist Berlin in der Kochstr. 26, 10969 Berlin. Die Handelsregisternummer ist HRB 24950 beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg.

2. Was ist unsere ladungsfähige Anschrift und wer sind die Vertretungsberechtigten?

IDEAL Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin

**Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender),
Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer,
Madeleine Bremme**

3. Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers?

Die IDEAL Versicherung AG ist als Erstversicherer der Kranken-, Unfall-, Schaden- und Rechtsschutzversicherung tätig.

4. Welche Vertragsgrundlagen gelten und was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

a) Für Ihr PflegeTagegeld gelten folgende Versicherungsbedingungen:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für das PflegeTagegeld (AB-IPT-2021B)
- (EB-SOFORT-IPT-2021A)

b) Die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Vertragsbestimmungen, insbesondere Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen können Sie

- dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- dem Antrag und dem Versicherungsschein entnehmen.

c) Nebenleistungen

Eventuell vorhandene Nebendienstleistungen können nicht getrennt vom Versicherungsvertrag gekauft werden.

5. Was ist der Gesamtpreis Ihres PflegeTagegeld?

Die Beitragshöhe für Ihr PflegeTagegeld finden Sie im Antrag oder Versicherungsschein.

6. Welche zusätzlichen Kosten fallen an?

Wenn Sie eine Leistung bei uns beantragen, prüfen wir, ob diese Leistung nach den Versicherungsbedingungen gerechtfertigt ist. Hierbei können Kosten entstehen, die Sie gesondert bezahlen müssen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPT-2021B).

Zusätzlich zu dem unter Punkt 5 genannten Gesamtpreis der Versicherung und den oben genannten Kosten werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben.

7. Welche Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung gelten?

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge, finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPT-2021B). Insbesondere möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags (Einlösungsbeitrag) – solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten können. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, außer Sie weisen nach, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Auch wenn Sie Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, kann der Versicherungsschutz entfallen oder sich vermindern.

Was Sie bei der Beitragszahlung zu beachten haben und was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, lesen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPT-2021B) nach.

8. Wie lange sind die Informationen und das Angebot gültig?

Haben wir Ihnen ein Angebot unterbreitet, sind wir daran 4 Wochen ab Zugang gebunden. Das Angebot können Sie nur innerhalb dieser Frist annehmen.

Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung gültig. Die Beiträge können sich aufgrund von Beitragsanpassungen ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig. Weitere Einzelheiten lesen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach.

9. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die IDEAL Versicherung AG den Antrag mit einem Versicherungsschein annimmt und der Versicherungsschein Ihnen zugeht. Haben wir Ihnen ein Angebot unterbreitet, kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn uns die Annahmeerklärung zugeht.

Für den Beginn und den Zeitpunkt, ab welchem Versicherungsschutz besteht, verweisen wir auf die entsprechenden Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPT-2021B).

Ihr Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung. Was Sie bei der Beitragszahlung zu beachten haben und was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, lesen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB-IPT-2021B) nach. Sie erteilen Ihre Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist.

10. Welches Widerrufsrecht haben Sie?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Die konkreten Informationen zur Ausübung Ihres Widerrufsrechts und den Widerrufsfolgen finden Sie in der beiliegenden Widerrufsbelehrung.

11. Wie lange ist die Laufzeit Ihres PflegeTagegeld?

Die Vertragslaufzeit ist lebenslang. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr.

12. Wann endet Ihr PflegeTagegeld?

Ihr PflegeTagegeld endet bei Tod der versicherten Person oder bei Kündigung. Sie dürfen jedoch nicht vor Ablauf der Mindestversicherungsdauer kündigen.

Nähere Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Welches Recht wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

14. Welche Vertragssprache gilt?

Alle Inhalte der Dokumente und die Kommunikation vor oder während der Vertragsdauer erfolgen ausnahmslos in deutscher Sprache.

15. An wen können Sie sich bei Beschwerden wenden?

Beschwerdemanagement bei der IDEAL Versicherungsgruppe
Ihr Anliegen ist uns wichtig. Qualifizierte Mitarbeiter bieten Ihnen erstklassigen Service – das ist für uns selbstverständlich. Sollten Sie dennoch mit unserem Service oder unseren Produkten nicht zufrieden sein, teilen Sie uns das bitte mit. Ihre direkte und offene Rückmeldung hilft uns, noch besser zu werden, dafür danken wir Ihnen schon im Voraus. Falls eine abschließende Bearbeitung Ihres Anliegens nicht

unverzüglich möglich ist, informieren wir Sie in einem Zwischenbescheid über die weiteren Schritte.

Ihre Beschwerde können Sie uns auf allen üblichen Kommunikationswegen zukommen lassen:

Per Post:	IDEAL Versicherungsgruppe, Postfach 11 01 20, 10831 Berlin
Per E-Mail	beschwerde@ideal-versicherung.de
Per Telefax	030/ 25 87 -80
Telefonisch	030/ 25 87 -259

Natürlich können Sie uns auch persönlich besuchen. Sie finden uns im Herzen Berlins in der Kochstraße 26 in 10969 Berlin.

Erforderliche Informationen

Bitte teilen Sie uns folgendes mit

- Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten
- Die betroffene Versicherung (Versicherungsnummer) oder den betroffenen Schaden (Schadennummer)
- Ihr Anliegen: Womit sind Sie unzufrieden? Was können wir verbessern?

Alternative Ansprechpartner

Sie können auch ein Gericht anrufen oder Ihr Anliegen an folgende Institutionen adressieren:

Versicherungsombudsmann

Der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist ein außergerichtlicher Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. An ihn können sich Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Nicht zuständig ist der Ombudsmann für allgemeine Anfragen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung oder wenn die gleiche Streitfrage bereits vor einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), behandelt wird oder wurde. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Die "BaFin" ist die zuständige Aufsichtsbehörde für Banken und Finanzdienstleister: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Gaurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Internetseite: www.bafin.de

Außergerichtliche Online-Streitbeilegung (OS-Plattform)

Wir weisen darauf hin, dass Ihnen unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr> auch die Online-Plattform der EU-Kommission zur außergerichtlichen Online-Streitbeilegung zur Verfügung steht.

Unabhängig von den außergerichtlichen Beschwerdestellen besteht für Sie weiterhin die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **die Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen,** jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**Per Post: IDEAL Versicherung AG., Kochstr. 26, 10969 Berlin
Per E-Mail: service@ideal-versicherung.de
Per Fax: 030/ 25 87 -80**

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 0,00 EUR. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

6. zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;

7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

- b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;

12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;

14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für das PflegeTagegeld AB-IPT-2021B

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben bei uns, der IDEAL Versicherung AG (nachfolgend IDEAL), einen Versicherungsvertrag - Ihr PflegeTagegeld - abgeschlossen. Sie sind damit der Versicherungsnehmer, also unser Ansprechpartner in allen vertraglichen Angelegenheiten. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Die versicherte Person ist die Person auf deren Gesundheitszustand die Versicherung abgeschlossen ist. Versicherungsnehmer und versicherte Person können unterschiedliche Personen sein. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

In unserer Anrede benutzen wir zur Vereinfachung stellvertretend für alle Geschlechter die männliche Form.

Bei dem PflegeTagegeld handelt es sich um eine Pflegetagegeldversicherung zur finanziellen Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit. Das PflegeTagegeld ist keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung, sondern ergänzt diese.

Wir verzichten für eine bessere Verständlichkeit bewusst vielfach auf die Nennung der zugrunde liegenden Gesetze und Paragraphen. Auf Ihren Wunsch können wir Ihnen diese jedoch gerne mitteilen.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

- § 1 Welche Leistung erhalten Sie?
- § 2 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?
- § 3 Welche Personen sind versicherungsfähig?
- § 4 Wann können Sie Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?
- § 5 Wann beginnt und wann endet Ihr PflegeTagegeld?
- § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?
- § 7 An wen zahlen wir die fälligen Leistungen aus?
- § 8 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 9 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?
- § 9a Was gilt für die Beitragsberechnung?
- § 9b Wann können wir die Beiträge anpassen?
- § 10 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat Ihre Verletzung?
- § 11 Welche Obliegenheiten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?
- § 12 Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie die Obliegenheiten nicht beachten?
- § 13 Aufrechnung
- § 14 Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?

Ende der Versicherung

- § 15 Was geschieht, wenn Sie Ihr PflegeTagegeld kündigen?
- § 16 Wann können wir Ihr PflegeTagegeld kündigen?
- § 17 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 18 Wie alt ist die versicherte Person?
- § 19 Welches ist die Vertragssprache?
- § 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 21 In welcher Form müssen Willenserklärungen und Anzeigen erfolgen?
- § 22 Was ist der Gerichtsstand?
- § 23 Wann können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen geändert werden?

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistung erhalten Sie?

(1) Was für eine monatliche Pflegerente erhalten Sie?

Wird die versicherte Person während der Dauer Ihres PflegeTagegeld gemäß § 2 pflegebedürftig, zahlen wir eine monatliche Pflegerente, solange die Pflegebedürftigkeit besteht.

Sie erhalten Ihre Pflegerente nur für einen versicherten und anerkannten Pflegegrad. Wir zahlen Ihre vereinbarte Pflegerente bei häuslicher sowie bei stationärer Pflege.

Welche Pflegegrade Sie versichert haben, lesen Sie bitte in Ihrem Versicherungsschein nach.

Versicherungsschutz für den Pflegegrad 1 bieten wir nicht an.

(2) Wie lange zahlen wir Ihre Pflegerente?

Ihr Anspruch besteht ab dem Monat, der durch ärztliche Feststellung bzw. den für die Pflegekasse zuständigen Medizinischen Dienst als Zeitpunkt des Eintritts der versicherten Pflegebedürftigkeit bescheinigt wird.

Ihr Anspruch besteht rückwirkend maximal für ein Jahr ab Anzeige des Pflegefalls bei uns. Einen rückwirkenden Anspruch auf Leistungen zahlen wir Ihnen in einem Betrag aus. Diese Regelung gilt sinngemäß, wenn sich die versicherte Pflegebedürftigkeit ändert. Ihre Pflegerente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die Pflegebedürftigkeit entfällt oder die versicherte Person stirbt.

(3) Müssen Sie die Beiträge während der Pflegerentenzahlung weiterzahlen?

Während der Pflegerentenzahlung müssen Sie die Beiträge für Ihr PflegeTagegeld weiterzahlen.

(4) Wann müssen Sie Ihre Beiträge nicht weiterzahlen?

Sie müssen keine Beiträge zahlen, wenn

- Sie die „Befreiung von Ihrer Beitragszahlung ab Pflegegrad 4“ mit uns vereinbart haben und
- die versicherte Person mindestens in den Pflegegrad 4 eingestuft wird.

Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie in diesem Fall Ihre Beiträge weiterzahlen. Wenn wir die Leistung anerkennen, zahlen wir Ihre zu viel gezahlten Beiträge zurück. Sie können auch beantragen, dass Ihre Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet werden. Stundungszinsen fallen nicht an. Besteht kein Leistungsanspruch, müssen Sie Ihre gestundeten Beiträge innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Leistungsentscheidung nachzahlen. Wir bieten Ihnen alternativ auch die Möglichkeit, Ihre gestundeten Beiträge über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten in gleichen Raten zurückzuzahlen.

(5) Welche weiteren Leistungen erhalten Sie?

Über die vereinbarten Leistungen hinaus bieten wir Ihnen eine Reihe von Hilfestellungen, sogenannte Assistenzleistungen, an. Bitte informieren Sie sich auf unserer Homepage oder bei unserem Kundenservice über die jeweils gültigen Angebote. Für diesen Service müssen Sie keinen gesonderten Beitrag zahlen.

(6) Wann können Sie Ihre Versicherung umwandeln?

Sie können Ihr PflegeTagegeld in einen gleichwertigen Versicherungsschutz umwandeln, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir nehmen Ihren Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet.

(7) Mindest-/Höchstrente

Es gelten folgende Mindest- und Höchstbeträge:

in den Pflegegraden 2 und 3 mindestens 50 EUR, höchstens 4.000 EUR

in den Pflegegraden 4 und 5 mindestens 250 EUR, höchstens 4.000 EUR

Dabei beziehen sich die Höchstbeträge auf die Summe aller bei der IDEAL für die versicherte Person existierenden Pflegeversicherungen.

§ 2 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie werden die Pflegegrade bestimmt?

(1) Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

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

(2) Wonach richten wir uns bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit?

Zur Einstufung in einen Pflegegrad verwenden wir zwei verschiedene Verfahren.

Verfahren A: Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit richten wir uns nach dem gesetzlichen System, wie es in den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI) geregelt ist. Wir beziehen uns immer auf den Stand vom 01.01.2021.

Verfahren B: Die Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nach dem Punktesystem erfolgt alternativ zu der Einstufung nach dem SGB XI mit Stand vom 01.01.2021.

(3) Wann liegt ein Pflegegrad nach Verfahren A vor?

(a) Anhand welcher Kriterien wird die Pflegebedürftigkeit bestimmt?

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

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

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

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

d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

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

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

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

cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

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

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(b) Wie ermittelt sich der Pflegegrad?

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

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

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

(4) Wann liegt ein Pflegegrad nach Verfahren B vor?

Für jede der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person der beschriebenen Hilfe einer anderen Person bedarf, erhält sie einen Punkt. Dies wird nach objektiven medizinischen bzw. die Pflege begründenden Maßstäben festgestellt.

In dieser Tabelle sehen Sie die Punktzahl, ab der der jeweilige Pflegegrad erreicht ist.

Pflegegrad	Punktzahl
2	ab 4
3	ab 7
4 und 5	ab 9

Dabei erhält die versicherte Person für jedes der folgenden Kriterien, für das Hilfebedarf vorliegt, einen Punkt:

1. Fortbewegen

Der Punkt ist erreicht, wenn sich die versicherte Person auch bei Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl) nur mithilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten einer anderen Person möglich ist.

2. Aufstehen und Positionswechsel

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe, spezieller Griff) nur mithilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (z. B. Bettkante Stuhl, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie die Lage im Bett nur nach Reichen einer Hand oder eines Hilfsmittels verändern.

3. Verrichten der Notdurft

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. speziellen Griffe, Toilette mit Duschfunktion) nur mithilfe einer anderen Person die Toilette/Toilettenstuhl aufsuchen und benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz, benötigt sie Hilfe einer anderen Person bei der Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Windeln, Stomabeutel, Dauer-/Katheter).

4. An- und Auskleiden

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei der Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Schuhlöflöffel, Knöpfhilfe) nur mithilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Allein mit dem Reichen der Kleidung und der Kontrolle des Sitzes der Kleidung ist der Punkt noch nicht erfüllt.

5. Waschen

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Wannengriff, Wannenlift) nur mithilfe einer anderen Person ein akzeptables Maß an Körperhygiene einhalten und sich nur in geringem Maße beim Waschen (z. B. Intimbereich, Haare), Duschen, Baden und Abtrocknen selbst beteiligen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, fällt nicht unter diesen Punkt.

6. Essen und Trinken

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. krankengerechtem Essbesteck/Trinkgefäß) nur mithilfe einer anderen Person bereits mundgerecht zubereitete Speisen und bereitstehende Getränke aufnehmen kann.

7. Kommunizieren

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

- die versicherte Person kann von sich aus elementare Bedürfnisse nicht mehr oder nur noch durch nonverbale Reaktionen (Mimik, Gestik, Laute) mitteilen und
- die versicherte Person antwortet auf Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht meistens vom Gesprächsinhalt ab und
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (Telefon bedienen/halten, Brief- oder Mailkontakt).

8. Denkvermögen

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person sich und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern

- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten.

oder die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- Personen aus dem näheren Umfeld (z. B. Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtzufinden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
- sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (z. B. Mittagessen) zu erkennen und
- einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

9. Umgang mit Emotionen

Der Punkt ist erreicht, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ständigem Aufstehen, ziellosem Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet. Sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und äußert starke Ängste und Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist. Sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

§ 3 Welche Personen sind versicherungsfähig?

Versicherungsfähig ist nur, wer bei Antragstellung in einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder deutschen Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert ist und über eine gesetzliche Pflegepflichtversicherung verfügt.

§ 4 Wann können Sie Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

(1) Welches Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung) haben Sie?

Auf Wunsch legen wir Gutachten oder Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Dabei muss es sich um Unterlagen handeln, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt haben.

(2) Wer sind die berechtigten Personen?

Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person bzw. gesetzlicher Vertreter).

Dies gilt nicht, wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen. In solchen Fällen können wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben.

§ 5 Wann beginnt und wann endet Ihr PflegeTagegeld?

(1) Wann beginnt Ihr PflegeTagegeld?

Ihr PflegeTagegeld beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht zu dem vereinbarten Termin zahlen, kann jedoch unsere Pflicht, die vereinbarten Leistungen an Sie auszuzahlen, entfallen (siehe § 9 Absatz 3).

(2) Wann endet Ihr PflegeTagegeld?

Ihr PflegeTagegeld endet grundsätzlich mit dem Tod der versicherten Person oder wenn Sie (siehe § 15) oder die IDEAL (siehe § 16) den Vertrag beenden. Gegebenenfalls laufende Pflegerentenzahlungen enden am letzten Tag des Monats, in dem die versicherte Person verstirbt oder der Vertrag beendet wird.

(3) Welche Uhrzeit gilt für den Beginn- und den Endtermin?

Beginntermine gelten ab 0:00 Uhr, also immer ab der ersten Sekunde des genannten Tages. Endtermine gelten bis 24:00 Uhr, also immer bis zur letzten Sekunde des genannten Tages. Sprechen wir von einer Dauer "bis einschließlich" eines Monats, ist der Endtermin der Letzte des Monats um 24:00 Uhr.

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt beziehungsweise ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Pflegebedürftigkeit gekommen ist.

(1) Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes bestehen im Ausland?

Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit.

Ein Anspruch auf eine Leistung aufgrund von Pflegebedürftigkeit besteht nur, wenn sich die versicherte Person zur Feststellung und Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in die Europäische Union, die Schweiz, nach Norwegen, Island oder Liechtenstein begibt.

Das gilt auch für eine Nachprüfung der versicherten Pflegebedürftigkeit bei bereits eingetretener Leistungsverpflichtung wegen dauerhafter Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen. Reisekosten werden dafür von uns nicht übernommen. Kann die versicherte Person diese Anspruchsvoraussetzung – egal aus welchen Gründen – nicht erfüllen, endet Ihr PflegeTagegeld

Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund dieser Regelung eine Versicherungsleistung unter Umständen nicht geltend machen können, da die versicherte Person nicht reisefähig, der finanzielle Aufwand unverhältnismäßig hoch oder eine Rückkehr unwirtschaftlich sein könnte.

(2) Wann ist der Versicherungsschutz bei versuchter Selbsttötung ausgeschlossen?

Tritt die versicherte Pflegebedürftigkeit infolge einer versuchten Selbsttötung ein, zahlen wir Ihre versicherte Leistung nur, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(3) Bei welchen Ereignissen leisten wir nicht?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Eintritt versicherter Pflegebedürftigkeit

- durch Kernenergie oder atomare, biologische beziehungsweise chemische (ABC-)Waffen.
- durch einen Krieg, Bürgerkrieg oder innere Unruhen.
- Im Fall eines Kriegs oder Bürgerkriegs werden wir jedoch leisten, wenn die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
- Im Fall von inneren Unruhen werden wir leisten, wenn die versicherte Person nicht aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Selbstverletzung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen werden.
- durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers und der versicherten Person, die vorsätzlich den Pflegefall herbeiführt.

§ 7 An wen zahlen wir die fälligen Leistungen aus?

Grundsätzlich erhalten Sie als unser Versicherungsnehmer alle Auszahlungen aus Ihrem PflegeTagegeld

Wir sind verpflichtet an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Weitere Formen, das Recht auf Ihre Leistungen an eine andere Person weiterzugeben – etwa im Rahmen einer Abtretung oder einer Verpfändung – sind bei Ihrem PflegeTagegeld nicht möglich.

§ 8 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

Sie können Ihren Versicherungsschutz während der Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei berechnen wir den neuen Beitrag mit den Grundlagen Ihres bestehenden Vertrags. Bieten wir Ihren Tarif zum Zeitpunkt der Erhöhung nicht mehr an, berechnen wir den neuen Beitrag für Ihr PflegeTagegeld mit den Grundlagen, die wir zu diesem Zeitpunkt für das Neugeschäft des PflegeTagegeld verwenden. Ihr Vertrag wird dann auf diesen Tarif umgestellt.

(1) Wann können Sie von der Nachversicherungsgarantie Gebrauch machen?

Innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn Ihres PflegeTagegeld können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Vorliegen eines bestimmten Ereignisses erhöhen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Erhöhung vor dem 60. Geburtstag der versicherten Person durchführen.

Nach Ablauf der ersten drei Jahre nach Beginn Ihres PflegeTagegeld oder nach dem 60. Geburtstag der versicherten Person muss ein bestimmtes Ereignis vorliegen, das Sie von der Notwendigkeit überzeugt hat, Ihr PflegeTagegeld zu erhöhen. Nur wenn ein solches, für uns nachvollziehbares Ereignis vorliegt, können wir auch dann noch auf eine Gesundheitsprüfung verzichten. Dabei muss es sich um eines der folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignisse handeln:

- Tod des Ehegatten, des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners oder des eingetragenen Lebenspartners,
- Pflegefall des Ehegatten, des in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Partners oder des eingetragenen Lebenspartners,
- Geburt oder Adoption eines minderjährigen Kindes,
- Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Erstmaliger Erwerb von Wohneigentum,
- Abschluss der ersten Berufsausbildung eines eigenen oder adoptierten Kindes,
- Abschluss des ersten Studiums eines eigenen oder adoptierten Kindes oder
- Erhöhung des Bruttojahreseinkommens um mindestens 10 %.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Erhöhung vor dem 67. Geburtstag der versicherten Person durchführen.

(2) Was sind die weiteren Voraussetzungen für die Nachversicherungsgarantie?

- Ihre versicherten Leistungen halten nach Ihrer Erhöhung die Obergrenzen ein.
- Ihre Erhöhung enthält ausschließlich Leistungen, die bisher auch versichert sind.
- Ihre Leistungen steigen um nicht mehr als 10 % Ihrer aktuellen Leistungen.
- Ihre Leistungen steigen bei mehrfachen Erhöhungen insgesamt um nicht mehr als 30 % Ihrer anfänglich versicherten Leistungen.
- Die versicherte Person war oder ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.
- Sie können maximal einmal pro Kalenderjahr Gebrauch von der Nachversicherungsgarantie machen.
- Ihre Erhöhung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses beantragen.

(3) Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

a) Nachversicherung von leiblichen Kindern

Wir versichern Neugeborene ohne Wartezeiten, ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Dabei gilt:

- Ein Elternteil muss am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Maßgeblich für diesen Zeitraum ist der vereinbarte Versicherungsbeginn.
- Das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Tag seiner Geburt bei uns zur Versicherung anmelden. In diesem Fall beginnt die Versicherung rückwirkend zum Tag seiner Geburt.
- Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der des versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze nach dem höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz.
- Es besteht auch Versicherungsschutz für Pflegebedürftigkeit des Neugeborenen wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

b) Nachversicherung von Adoptivkindern

Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Wartezeiten und ohne Leistungsausschlüsse. Dabei gilt:

- Ein Elternteil muss am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert sein.
- Das Adoptivkind müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Tag seiner Adoption bei uns zur Versicherung anmelden. In diesem Fall beginnt die Versicherung rückwirkend zum Tag seiner Adoption.
- Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der des versicherten Elternteils. Wenn beide

Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze nach dem höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz.

- Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

(1) Wann müssen Sie die Beiträge zahlen und wie hoch sind sie?

Sie können Ihrem Versicherungsschein entnehmen, zu welchen Terminen und in welcher Höhe Sie Beitragszahlungen geplant haben. Gesetzlich unterscheiden wir zwei Arten von Beiträgen: den Einlösungsbeitrag und den Folgebeitrag.

a) Einlösungsbeitrag

So nennen wir Ihren ersten Beitrag, den Sie für Ihr PflegeTagegeld zahlen.

Sie müssen diesen Einlösungsbeitrag spätestens zu dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn zahlen.

b) Folgebeitrag

Folgebeitrag wird jeder Beitrag genannt, der nach Ihrem Einlösungsbeitrag fällig ist. Sie müssen diese Folgebeiträge spätestens zu den mit Ihnen vereinbarten Terminen zahlen.

Erteilen Sie uns ein Mandat zur SEPA-Lastschrift, erfolgen die Lastschriften zu den mit Ihnen vereinbarten Terminen.

(2) Wie sorgen Sie dafür, dass die Beiträge rechtzeitig gezahlt werden?

Sie müssen dafür sorgen, dass alle Beiträge rechtzeitig bei uns eingehen. Für die Rechtzeitigkeit Ihrer Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit Ihr Beitrag bei uns eingeht. Das können Sie auf folgende Arten machen:

a) Sie haben ein Mandat zur SEPA-Lastschrift erteilt.

- Sie sorgen dafür, dass wir Ihre Beiträge zu den vereinbarten Terminen in der vereinbarten Höhe von Ihrem Bankkonto abbuchen können.
- Sie widersprechen dieser Abbuchung nicht.

Die SEPA-Lastschrift hat einen Vorteil: Selbst wenn wir den fälligen Beitrag nicht abbuchen konnten, gilt Ihre Zahlung unter folgenden Voraussetzungen dennoch als rechtzeitig:

- Sie haben nicht zu vertreten, dass die Abbuchung nicht erfolgen konnte.

Beispiel: Sie haben ein Bankguthaben von 500 EUR. Von Ihrem Bankkonto werden 400 EUR abgebucht. Die Abbuchung beruht auf einem Fehler, weil eine weitere Rate für einen bereits ausgelaufenen Kredit abgebucht wurde. Auf Ihrem Bankkonto verbleiben 100 EUR. Wir können Ihren Beitrag über 150 EUR nicht einziehen.

- Unser folgender zweiter Versuch, Ihren Beitrag abzubuchen, ist erfolgreich. Haben Sie zu vertreten, dass Ihr Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

b) Sie haben kein Mandat zur SEPA-Lastschrift erteilt oder es ist ungültig geworden.

Sie überweisen uns Ihre Beiträge, sodass diese zu den vereinbarten Terminen in der vereinbarten Höhe bei uns eingehen.

Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(3) Was geschieht, wenn Sie nicht zahlen oder weniger zahlen als vereinbart?

a) Einlösungsbeitrag

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags – das bedeutet auch, wenn wir den Beitrag nicht einziehen können – dürfen wir vom Vertrag zurücktreten. Darüber hinaus sind wir bei Eintritt eines Versicherungsfalles nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unser Recht auf Rücktritt und unsere Leistungsfreiheit bestehen nur, wenn Sie die nicht rechtzeitige Zahlung zu vertreten haben.

b) Folgebeitrag

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung,
- oder wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam, und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein Versicherungsschutz.

(4) Wann endet Ihre Beitragszahlung?

Ihre Beitragszahlung endet

- mit Beendigung Ihres Vertrags durch Sie (siehe § 15) oder die IDEAL (siehe § 16) oder
- mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

Zu viel gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.

(5) Welche Möglichkeiten haben Sie, Folgebeitragszahlungen zu ändern?

Sie können außerhalb der in § 8 vereinbarten Nachversicherungsgarantie und der in Absatz 7 dieses Paragraphen geregelten Dynamikerhöhungen der Beiträge und Leistungen beantragen, dass sich Ihr Beitrag zum nächsten Termin einer Folgebeitragszahlung ändert. Dabei können Sie beantragen, Ihre Folgebeitragszahlungen zu erhöhen oder zu verringern. Ihren Antrag auf Änderung Ihrer Folgebeitragszahlungen müssen Sie uns in Textform vor der geplanten Änderung mitteilen. Ihre beantragte Änderung wird wirksam, wenn wir Ihren Antrag annehmen.

a) Welche Auswirkungen haben Änderungen Ihrer bei Vertragsbeginn vereinbarten Folgebeitragszahlungen?

Die Anpassungen haben Auswirkungen auf die Höhe Ihrer Leistungen. Dabei berechnen wir den neuen Beitrag mit den Grundlagen Ihres bestehenden Vertrags. Bieten wir Ihnen Tarif zum Zeitpunkt der Erhöhung nicht mehr an, berechnen wir den neuen Beitrag für Ihr PflegeTagegeld mit den Grundlagen, die wir zu diesem Zeitpunkt für das Neugeschäft des PflegeTagegeld verwenden. Ihr Vertrag wird dann auf diesen Tarif umgestellt.

Voraussetzung einer Erhöhung ist, dass Ihre Beiträge und Ihre Leistungen weiterhin die tariflichen Unter- und Obergrenzen einhalten. Darüber hinaus muss bei einer Erhöhung Ihrer versicherten Leistungen außerhalb der Nachversicherungsgarantie eine Risikoprüfung zu dem Ergebnis führen, dass einer Annahme Ihres Änderungswunsches nichts entgegensteht.

Verringern Sie Ihre Einzahlungen, verringern sich auch Ihre Leistungen entsprechend. Bitte beachten Sie, dass eine spätere Wiedererhöhung Ihrer Folgebeitragszahlungen nur unter den in Absatz 5 b) genannten Voraussetzungen möglich ist. Eine Wiedererhöhung kann zu einer geringeren Versicherungsleistung bei gleichem Beitrag führen, wenn sich die Grundlagen für die Berechnung der wiedererhöhten Versicherungsleistungen im Vergleich zu den vormals verwendeten Grundlagen verändert haben.

b) Welche Besonderheiten gelten, wenn Sie eine verringerte Folgebeitragszahlung später wieder erhöhen möchten?

Möchten Sie verringerte Beiträge wieder erhöhen, teilen Sie uns dies bitte mit (siehe § 14). Wir prüfen gerne, ob eine solche Änderung möglich ist.

Voraussetzungen für die Erhöhung sind:

- Die Verringerung Ihrer Beiträge wurde vor maximal 36 Monaten durchgeführt.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.

Nach einer Verringerung Ihrer Beiträge von mehr als sechs Monaten Dauer ist für die Erhöhung eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

c) Können Sie eine Beitragsstundung vereinbaren?

Sie können die Stundung von Beiträgen vereinbaren. Wir verzichten dann auf die rechtzeitige Zahlung von Beiträgen und vereinbaren einen Termin mit Ihnen, zu dem Sie diese Beiträge nachzahlen müssen. Dieser Termin liegt einen Monat nach dem eigentlichen Zahlungstermin des letzten betroffenen Beitrags. Sie müssen keine Zinsen zahlen. Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:

- Ihr PflegeTagegeld befindet sich mindestens im vierten Jahr der Vertragslaufzeit.
- Sie haben Ihre Beiträge für die ersten drei Versicherungsjahre vollständig und ohne Unterbrechung gezahlt.
- Es ist die erste Beitragsstundung zu Ihrem PflegeTagegeld
- Der Stundungsbetrag ist nicht höher als der Beitrag für ein halbes Versicherungsjahr.
- Ihr PflegeTagegeld ist nicht im Pflegerentenbezug.
- Ihr PflegeTagegeld ist nicht gekündigt.

Passen wir im Zeitraum der Stundung den Beitrag nach § 9b an, erhöht sich der Stundungsbetrag ebenfalls.

(6) Welche Unter- und Obergrenzen gibt es für den Beitrag?

a) Untergrenzen

- Ihr Beitrag darf nicht weniger als 60 EUR pro Jahr betragen.

b) Obergrenzen

Der maximal mögliche Beitrag ergibt sich aus der Höchstrente (siehe § 1 Absatz 7).

(7) Was bedeutet die Dynamisierung von Beitrag und Leistungen?

Haben Sie bei Abschluss Ihres PflegeTagegeld eine Dynamisierung der Beiträge und Leistungen vereinbart, erhöhen wir bis zum Eintritt des ersten Versicherungsfalles Ihre versicherte Pflegerente gemäß dem von Ihnen gewählten Dynamiksystem.

- System A:

Ihre versicherte Pflegerente steigt alle drei Versicherungsjahre jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % der anfänglichen Pflegerente, erstmals zu Beginn des vierten Versicherungsjahres.

Beispiel:

Ihre Pflegerente zum Versicherungsbeginn beträgt 100 EUR. Damit beträgt jede Erhöhung $10\% \times 100 \text{ EUR} = 10 \text{ EUR}$. Ihre Pflegerente beträgt also

ab dem Versicherungsbeginn 100 EUR
ab dem vierten Versicherungsjahr $100 \text{ EUR} + 10 \text{ EUR} = 110 \text{ EUR}$
ab dem siebten Versicherungsjahr $110 \text{ EUR} + 10 \text{ EUR} = 120 \text{ EUR}$
...

- System B:

Ihre versicherte Pflegerente steigt jedes Versicherungsjahr jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um den vereinbarten Prozentsatz (1 %, 2 %, 3 %, 4 % oder 5 %) der anfänglichen Pflegerente, erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Beispiel:

Ihre Pflegerente zum Versicherungsbeginn beträgt 100 EUR. Sie haben eine Erhöhung von 2 % vereinbart. Damit beträgt jede Erhöhung $2\% \times 100 \text{ EUR} = 2 \text{ EUR}$. Ihre Pflegerente beträgt also

ab dem Versicherungsbeginn 100 EUR
ab dem zweiten Versicherungsjahr $100 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 102 \text{ EUR}$
ab dem dritten Versicherungsjahr $102 \text{ EUR} + 2 \text{ EUR} = 104 \text{ EUR}$
...

Nach Eintritt eines Versicherungsfalles steigt Ihre versicherte Pflegerente unabhängig vom vereinbarten System alle drei Versicherungsjahre um 10 % der anfänglichen Pflegerente. Die erste Erhöhung erhalten Sie zum Termin des Versicherungsbeginns, drei Jahre nach dem Beginn der Pflegerentenzahlung.

Die Erhöhungen setzen aus,

- wenn Sie einer Erhöhung innerhalb eines Monats nach dem Termin der Erhöhung widersprechen,
- wenn ein Beitragsrückstand besteht,
- wenn Sie den neuen Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten zahlen.

In diesen Fällen senden wir Ihnen im Folgejahr ein neues Erhöhungsangebot zu.

Die Erhöhungen enden

- in dem Jahr, in dem die versicherte Person 75 Jahre alt wird,
- wenn Sie eine Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 4 versichert haben und Ihr PflegeTagegeld beitragsfrei gestellt ist,
- wenn Ihre Pflegerente die Höchstrente erreicht (siehe § 1 Absatz 7) oder
- wenn Sie drei Erhöhungsangeboten hintereinander widersprochen haben.

Die Beiträge für diese Erhöhungen zahlen Sie entsprechend der zu Vertragsbeginn vereinbarten Zahlungsweise laufend je nach Beitragsfälligkeit.

Dabei steigt der Beitrag nicht im gleichen Verhältnis wie die Pflegerente. Mit zunehmendem Alter der Versicherten Person nimmt die Steigerung des Beitrags zu. Wir senden Ihnen rechtzeitig vor dem jeweiligen Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung zu. Sie enthält auch die nach der Erhöhung geltenden garantierten Leistungen Ihrer Versicherung.

§ 9a Was gilt für die Beitragsberechnung?

(1) Nach welchen Vorschriften berechnen wir die Beiträge?

Wir berechnen die Beiträge nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Maßgeblich sind dafür unsere technischen Berechnungsgrundlagen.

(2) Was gilt, wenn sich der Beitrag ändert?

Ändert sich der Beitrag, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, gilt das zum Zeitpunkt der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person. Die bis zu diesem Zeitpunkt gebildeten Rückstellungen rechnen wir dabei auf das Eintrittsalter der versicherten Person an. Allein aufgrund des Älterwerdens der versicherten Person dürfen wir weder die Beiträge erhöhen, noch die Leistungen verringern.

§ 9b Wann können wir die Beiträge anpassen?

(1) Warum passen wir die Beiträge an?

Unsere Leistungen können sich, z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Daher vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, überprüfen wir alle Beiträge in diesem Beobachtungszeitraum. Soweit erforderlich passen wir die Beiträge mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders an.

Reichen unsere Rechnungsgrundlagen nicht aus, nutzen wir für den Vergleich die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung.

(2) Wann ist eine Anpassung der Beiträge nicht notwendig?

Wir passen die Beiträge nicht an, wenn wir und der Treuhänder zu dem Ergebnis kommen, dass die Veränderung der Leistungen (siehe § 9b Abs. 1) nur vorübergehend ist.

(3) Ab wann gilt der neue Beitrag?

Wir informieren Sie, wenn wir die Beiträge anpassen. Der neue Beitrag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.

§ 10 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

(1) Was ist die vorvertragliche Anzeigepflicht?

a) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (zum Beispiel Papierform oder E-Mail) 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. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, aber auch für die von Ihnen abgegebenen Erklärungen zu von uns beschriebenen risikorelevanten Umständen.

Diese Anzeigepflicht gilt im Rahmen der Risikoprüfung, die Basis unserer Annahmementscheidung ist.

b) Soll der Pflegefall einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen und für die Abgabe der Erklärungen verantwortlich.

c) Wenn eine andere Person die Frage nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt. Von Ihnen wissentlich unterlassene Angaben zu gefahrerheblichen Umständen gegenüber dieser Person entlasten Sie als Versicherungsnehmer nicht.

(2) Mit welchen Folgen müssen Sie bei Nichtbeachtung der vorvertraglichen Anzeigepflicht rechnen?

Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- von Ihrem PflegeTagegeld zurücktreten,
- Ihr PflegeTagegeld kündigen,
- Ihr PflegeTagegeld ändern oder
- Ihr PflegeTagegeld wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

(3) Was geschieht, wenn wir zurücktreten?

a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von Ihrem PflegeTagegeld zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir Ihr PflegeTagegeld – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand,

- der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.

c) Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

(4) Was geschieht, wenn wir kündigen?

a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir Ihr PflegeTagegeld unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir Ihr PflegeTagegeld auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten.

(5) Was geschieht, wenn wir Ihr PflegeTagegeld ändern?

a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir Ihr PflegeTagegeld auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherem Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass Sie für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall Ihren Versicherungsschutz rückwirkend verlieren. Wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

b) Sie können Ihr PflegeTagegeld innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen oder sich der Beitrag um mehr als 10 % erhöht.

c) Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

(6) Welche Voraussetzungen gelten für die Ausübung unserer Rechte?

a) 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 Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

b) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

c) Nach Ablauf von drei Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

(7) Was geschieht, wenn wir Ihr PflegeTagegeld anfechten?

Wir können Ihr PflegeTagegeld auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen wurde. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 3 a gilt entsprechend.

(8) Was geschieht bei Leistungserweiterung/Wiederherstellung Ihres PflegeTagegeld?

Die Absätze 1 bis 6 b gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung Ihres PflegeTagegeld entsprechend. Die Fristen nach Absatz 6 c beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung Ihres PflegeTagegeld bezüglich des geänderten Teils neu zu laufen.

(9) Wer ist der Erklärungsempfänger?

Wir üben unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, können wir einen berechtigten Dritten zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§11 Welche Obliegenheiten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?

(1) Welche Unterlagen müssen Sie einreichen?

Wenn Sie Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie, die versicherte Person oder der berechnigte Dritte uns die Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen. Dabei gehen Sie bitte wie folgt vor:

Sie schicken uns das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung (Gutachten eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines unabhängigen Sachverständigen).

Sofern dieses Gutachten nicht ausreicht, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegeversicherungspflicht mehr besteht, müssen auf unsere Anforderung folgende Unterlagen eingereicht werden:

- eine ärztliche Bescheinigung über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) der Pflegebedürftigkeit und
- eine Bescheinigung von der Einrichtung beziehungsweise von den Personen, die mit der Pflege betraut sind, über
 - die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder
 - die Fähigkeiten, derer es der Hilfe durch andere bedarf.

In diesem Fall kann eine entsprechende Begutachtung durch einen unabhängigen Gutachter nach 3 notwendig werden.

Der Nachweis mittels Gutachten durch einen medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich. Bei diesen Gutachtern handelt es sich um Fachärzte (zum Beispiel mit neurologischer oder psychiatrischer Ausbildung), die Diagnosen erstellen beziehungsweise die zur Diagnose führenden Befunde bestätigen. Dabei erfassen sie die Anamnese und klinische Ausprägung und nutzen standardisierte Testverfahren.

Erhalten Sie bereits eine Leistung aufgrund einer versicherten Pflegebedürftigkeit und wird eine Leistung aufgrund eines höheren oder niedrigeren Pflegegrades verlangt, gelten die vorstehenden Regeln entsprechend.

(2) Wer muss die Unterlagen bezahlen?

Ärztliche Gebühren, die zur Begründung Ihres erstmaligen Leistungsanspruchs aus Ihrem PflegeTagegeld entstanden sind, übernehmen wir in voller Höhe, wenn sie innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz, Norwegens, Islands oder Liechtenstein entstanden und angemessen sind.

Für weitere erforderliche ärztliche Bescheinigungen oder Gutachten übernehmen wir 50 % der Kosten bei Erstellung innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz, Norwegens, Islands oder Liechtenstein, sofern diese angemessen sind. Außerhalb dieses Gebietes übernehmen wir keine Kosten.

(3) Welche weiteren Nachweise können notwendig werden?

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen.

Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person von durch uns beauftragte Ärzte oder Gutachter untersuchen lässt.

Darüber hinaus müssen Sie beziehungsweise die versicherte Person

- die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben,
- andere Versicherer,
- (Sozial-)Versicherungsträger,
- Behörden oder Kranken- und Pflegeeinrichtungen

ermächtigen, uns erforderliche Auskünfte zu erteilen, und uns sowie die genannten Stellen von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu empfehlen wir, eine entsprechende Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung zu erteilen.

Wir werden Sie in jedem Fall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck wir eine Auskunft beziehungsweise Untersuchung benötigen. Die versicherte Person oder der berechnigte Dritte entscheidet, ob sie oder er

- in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten durch die IDEAL einwilligt,
- in die Übermittlung der Gesundheitsdaten an die IDEAL einwilligt beziehungsweise
- in die Begutachtung einwilligt,
- die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbindet, oder ob sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringt.

(4) Wann zahlen wir die Versicherungsleistung aus?

Zur Feststellung der Leistungspflicht müssen Sie uns die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 3 einreichen. Diese werden unser Eigentum. Innerhalb einer Woche entscheiden wir, ob und ab welchem Termin ein Leistungsanspruch besteht. Die Frist beginnt, wenn alle von uns als erforderlich erachteten Unterlagen zur Leistungsprüfung bei uns eingegangen sind.

- Haben Sie Anspruch auf Pflegerentenzahlung, zahlen wir die fälligen Pflegerenten sofort. Folgerenten werden jeweils zu Anfang des Monats im Voraus gezahlt.
- Unsere Leistungen werden dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten überwiesen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

Falls die Nachweise noch nicht vollständig bei uns eingegangen sind und die Prüfung der Leistungspflicht dadurch nicht abgeschlossen werden kann, werden wir Ihnen das mit Hinweis auf die noch fehlenden Nachweise in regelmäßigem Abstand - mindestens alle drei Wochen - mitteilen.

(5) Wie oft können wir die Pflegebedürftigkeit nachprüfen?

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, einmal im Jahr Art und Umfang des Pflegefalls nachzuprüfen. Dazu müssen Sie uns eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege zuschicken. Sind Nachweise für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung erstellt worden, müssen Sie uns diese vorlegen.

Wir können im Leistungsfall halbjährlich eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Pflegerentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen. Absatz 3 gilt entsprechend.

(6) Was gilt bei Änderung des Umfangs oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit?

Sie sind verpflichtet, uns eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit unverzüglich mitzuteilen.

- Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die versicherte Person in einen niedrigeren Pflegegrad beziehungsweise in keinen Pflegegrad mehr einzuordnen ist, wird die Versicherungsleistung mit Ablauf des Monats, in dem die Minderung eingetreten ist, angepasst. Ist der niedrigere Pflegegrad bei Ihrer Versicherung mitversichert, zahlen wir die für diesen Pflegegrad vorgesehene versicherte Leistung. Ist der niedrigere Pflegegrad nicht mitversichert beziehungsweise liegt kein Pflegegrad mehr vor, entfällt Ihre Versicherungsleistung. Zu viel erhaltene Versicherungsleistungen müssen Sie uns zurückzahlen.
- Besteht kein Anspruch mehr auf eine Versicherungsleistung, wird Ihr PflegeTagegeld zum nächsten Monatsersten in den Zustand vor Eintritt des Versicherungsfalls versetzt. Wenn Sie eine Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 4 versichert haben und Ihr PflegeTagegeld beitragsfrei gestellt war, müssen Sie Ihre Beitragszahlung wieder aufnehmen.
- Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass die versicherte Person in einen höheren Pflegegrad einzuordnen ist, tritt die für den neuen Pflegegrad versicherte Leistung ab dem auf den Termin der Feststellung folgenden Monat in Kraft und der Leistungsanspruch aus dem vorherigen Pflegegrad entfällt.
- Die Änderungsgründe beziehungsweise den Wegfall unserer Leistung werden wir Ihnen darlegen.

(7) Welche Unterlagen müssen Sie bei Tod der versicherten Person einreichen?

Der Tod der versicherten Person sollte uns innerhalb von zwei Wochen ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anspruchsteller Kenntnis vom Tod erlangt hat, mitgeteilt werden. Dabei benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort der versicherten Person.

(8) Besonders zu beachten:

- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
- Alle Nachweise müssen Sie uns im Original einreichen.
- Zu Unrecht oder zu viel empfangene Versicherungsleistungen müssen Sie an uns zurückzahlen.
- Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

§ 12 Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie die Obliegenheiten nicht beachten?

Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch arglistig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie Ihren Versicherungsschutz, wenn die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat. Ansonsten haben wir das Recht unsere Leistungen entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen.

Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Wie kommunizieren wir miteinander und welche Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Wie übermitteln wir die Informationen zu Ihrem PflegeTagegeld?

Grundsätzlich möchten wir die Kosten Ihres PflegeTagegeld so gering wie möglich halten, denn je niedriger die Kosten sind, desto mehr erhalten Sie am Ende für Ihre Beiträge. Daher stellen wir Ihnen künftig sämtliche Informationen per E-Mail zur Verfügung. Dazu verwenden wir Ihre E-Mail-Adresse, die Sie uns genannt haben, oder wir kommunizieren auf anderen sicheren Wegen (zum Beispiel über ein für Sie eingerichtetes elektronisches Postfach oder über ein Portal).

Ausnahmen:

- Wenn es rechtlich erforderlich ist, senden wir Ihnen zusätzlich Unterlagen an Ihre Postanschrift.
- Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, senden wir Ihnen auch alle anderen Informationen an Ihre Postanschrift.

(2) Wie können Sie mit uns in Kontakt treten?

Es gibt verschiedene Wege, auf denen Sie uns erreichen können. Der für Sie bequemste Weg ist dabei nicht immer auch der sicherste. Es könnte sich auch eine andere Person Zugang zu Ihrem Postfach verschafft haben und die E-Mail unter Ihrem Namen verschickt haben. Alternativen können ein Brief oder ein Fax sein.

Für Anliegen, bei denen die Betrugsgefahr eher gering ist, ist die E-Mail wegen des geringen Aufwandes aber sicherlich die beste Wahl. Diese Anliegen können zum Beispiel sein:

- Adressänderung,
- Namensänderung,
- Allgemeine Auskünfte.

Notwendige Dokumente und Urkunden können Sie dabei einscannen und an Ihre E-Mail anhängen. Dieser Weg ist zum Beispiel die richtige Wahl bei Übermittlung

- einer Heiratsurkunde,
- einer Sterbeurkunde,
- von Gesundheitsdaten.

Bei bestimmten Anliegen kann es sinnvoll sein, dass Sie sie in einem Brief erfassen, den Sie unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift stellen Sie sicher, dass keine andere Person Erklärungen unter Ihrem Namen abgibt. Diesen Brief können Sie ebenfalls einscannen und uns per E-Mail zur Verfügung stellen. Dieser Weg ist zum Beispiel die richtige Wahl bei Übermittlung von SEPA-Mandaten mit Beitragszahlerwechsel.

(3) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie Ihren Vertrag ändern oder kündigen möchten?

Wir bemühen uns, Ihre Wünsche schnell umzusetzen. Damit eine Umsetzung garantiert zum nächsten Monatsersten wirksam werden kann, muss uns Ihre Mitteilung bis zum Letzten eines Monats mit den hierfür nötigen Angaben und Erklärungen vorliegen. Bitte beachten Sie auch die weiteren Voraussetzungen für eine Kündigung nach § 15 Abs. 1.

(4) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie eine Leistung beantragen?

Mitteilungen zur Beantragung einer Leistung aus Ihrem PflegeTagegeld müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen ab dem zutreffenden Ereignis beziehungsweise ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie Kenntnis von dem Ereignis erlangt haben, zusenden.

(5) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie Ihre Postanschrift oder Ihren Namen ändern?

Eine Änderung Ihrer bei uns hinterlegten Postanschrift müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

Das gilt auch für eine Änderung Ihres Namens.

(6) Welche Mitteilungsfristen gelten, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse ändern?

Da die E-Mail künftig unser zentrales Medium für Mitteilungen ist und Sie der Kommunikation per E-Mail bei Beantragung zugestimmt haben, gelten die Mitteilungsfristen gemäß Absatz 5 sinngemäß.

Ende der Versicherung

§ 15 Was geschieht, wenn Sie Ihr PflegeTagegeld kündigen?

(1) Zu wann können Sie Ihr PflegeTagegeld kündigen?

Sie können Ihr PflegeTagegeld während der Laufzeit immer zum nächsten Termin der Beitragszahlung kündigen, nicht jedoch vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres. Dabei gelten immer die Mitteilungsfristen gemäß § 14 Absatz 3. Zusätzlich gewählte optionale Leistungen (siehe Versicherungsschein) können Sie nur in Verbindung mit dem gesamten Vertrag kündigen.

(2) Was gilt bei Änderungen durch uns?

Erhöhen wir die Beiträge gemäß § 9b, so können Sie Ihr PflegeTagegeld innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie Ihr PflegeTagegeld auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) Welches Recht hat die versicherte Person?

Kündigen Sie Ihr PflegeTagegeld, hat die versicherte Person das Recht, den Vertrag unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzuführen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(4) Wie können Sie Ihre Kündigung rückgängig machen?

Sie können Ihre Versicherung innerhalb von sechs Monaten nach dem Kündigungstermin wiederherstellen. Voraussetzungen dafür sind:

- Wir stimmen dem zu.
- Sie haben Ihre ausstehenden Beiträge vollständig nachgezahlt.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig.
- Es wurden keine Leistungen aufgrund Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person beantragt.

§ 16 Wann können wir Ihr PflegeTagegeld kündigen?

(1) Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

(3) Kündigen wir das Versicherungsverhältnis außerordentlich, gilt § 15 Absatz 3 entsprechend.

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Was gilt, wenn der Versicherungsnehmer stirbt?

Das Versicherungsverhältnis endet, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt. Die versicherte Person hat jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Was gilt, wenn die versicherte Person stirbt?

Verstirbt die versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 18 Wie alt ist die versicherte Person?

(1) Wie bestimmen wir das Eintrittsalter?

Das Alter, das wir für unsere Berechnungen verwenden, entspricht immer der Differenz von aktuellem Jahr und Geburtsjahr der versicherten Person.

Beispiele:

Die versicherte Person ist am 13.08.1974 geboren. Ihr PflegeTagegeld beginnt am 01.03.2021. Das Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also $2021 - 1974 = 47$ Jahre.

Die versicherte Person ist am 13.08.1974 geboren. Ihr PflegeTagegeld beginnt am 01.10.2021. Das Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn ist also ebenfalls $2021 - 1974 = 47$ Jahre.

(2) Welche Unter- und Obergrenzen gibt es für das Alter?

- Das Mindestalter bei Beginn Ihres PflegeTagegeld beträgt 18 Jahre.
- Das maximale Alter bei Beginn Ihres PflegeTagegeld beträgt 75 Jahre.

§ 19 Welches ist die Vertragssprache?

Die Kommunikation erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 21 In welcher Form müssen Willenserklärungen und Anzeigen erfolgen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. E-Mail, Brief).

§ 22 Was ist der Gerichtsstand?

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 23 Wann können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen geändert werden?

Damit sich Ihr Versicherungsschutz für den Pflegefall immer an der aktuellen Gesetzeslage orientiert, bietet Ihr **PflegeTagegeld** folgende Möglichkeiten:

- Sie können in einen anderen Tarif wechseln (Absatz 1).
- Wir können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen anpassen (Absatz 2).

(1) Wann können Sie in einen anderen Tarif wechseln?

Ändert sich die Definition der Pflegebedürftigkeit für die Pflegepflichtversicherung oder das Begutachtungsverfahren gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI wesentlich, können Sie Ihren Vertrag auf einen neuen Tarif umstellen, der diese geänderte Gesetzeslage berücksichtigt. Die Voraussetzungen dafür sind:

- Wir bieten einen entsprechenden Tarif an.
- Die versicherte Person bezieht keine Leistungen aus dieser Versicherung, der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung oder hat eine entsprechende Leistung beantragt.
- Die Umstellung auf den neuen Tarif führt nicht unmittelbar zu einer Leistung.

Eine erneute Risikoprüfung findet nicht statt, sofern beim Wechsel die Leistungen nicht höher oder umfassender sind.

Der Tarifwechsel kann – abhängig von der dann berücksichtigten neuen gesetzlichen Pflegedefinition sowie den von uns verwendeten Grundlagen – zu einem geänderten Beitrag beziehungsweise zu einer veränderten Leistung führen.

Ihren Wunsch nach einem Tarifwechsel müssen Sie uns innerhalb von zwölf Monaten nach dem Wirksamwerden der Änderung mitteilen. Gern erstellen wir Ihnen dann ein individuelles Angebot für die Umstellung.

Erst wenn Ihr Vertrag umgestellt ist, richtet sich die Definition der Pflegebedürftigkeit nach der dann neuen Gesetzeslage. Nach dem Tarifwechsel gelten für Ihren Vertrag ausschließlich die Versicherungsbedingungen des neuen Tarifs.

(2) Wann können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen anpassen?

a) Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens

Unabhängig von Absatz 1 können wir bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens (z. B. Pflegereform) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anpassen. Die Voraussetzungen dafür sind:

- Die Änderung muss die Belange der Versicherungsnehmer hinreichend berücksichtigen.
- Die Änderung muss erforderlich sein.
- Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen überprüfen und ihre Angemessenheit bestätigen.

Wir werden Sie über die Änderung informieren. Die Änderung wird zwei Monate nach unserer Mitteilung zum Ersten des Monats wirksam.

b) Höchstrichterliche Entscheidung oder bestandskräftiger Verwaltungsakt

Wenn eine Regelung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wird, können wir diese durch eine neue Regelung ersetzen. Die Voraussetzungen sind:

- Die neue Regelung ist zur Fortführung des Vertrags notwendig oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung stellt für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte dar.
- Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Wir teilen Ihnen die maßgeblichen Gründe für die Änderung mit. Die neue Regelung wird zwei Wochen nach unserer Mitteilung Vertragsbestandteil.

Ergänzende Bedingungen für Sofortleistung (EB-SOFORT-IPT-2021A)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich in Verbindung mit Ihrem **PflegeTagegeld** für die Sofortleistung als zusätzliche Leistung entschieden. Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EB) für die Sofortleistung beschreiben die entsprechenden Regeln. Sie ergänzen die Regeln, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind. Das bedeutet, dass die weiteren Regeln der AVB, wie zum Beispiel „Welche Obliegenheiten haben Sie, wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen wollen?“ auch weiterhin gelten.

Ergänzungen zu ...

... § 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

(6) Welche weiteren Leistungen erhalten Sie?

Zusätzlich zur Pflegerentenzahlung erhalten Sie einmalig eine Sofortleistung. Die Sofortleistung entspricht dem bei Abschluss Ihres **PflegeTagegeld** vereinbarten und im Versicherungsschein genannten Betrag.

Voraussetzung für die Zahlung der Sofortleistung ist, dass ein versicherter Pflegegrad mit Pflegerentenzahlung zu Lebzeiten der versicherten Person vorliegt.

Anderenfalls erhalten Sie keine Sofortleistung.

Die Sofortleistung zahlen wir Ihnen direkt nach Anerkennung des Pflegegrades aus.