

Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

zum Tarif PflegeSofort

Inhaltsübersicht:

- Produktinformationsblatt
- Mitteilung nach § 19 VVG
- Einwilligungserklärung
- Allgemeine Kundeninformation
- Beratungsdokumentation
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegeSofort

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Mit den nachstehenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Versicherungsschein, einem gestellten Antrag und den beigegeführten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Art des angebotenen Versicherungsvertrages

Krankenversicherung

2. Beschreibung des Versicherungsschutzes und der eventuell ausgeschlossenen Risiken

Tarif PflegeSofort:

Pflege-Ergänzungsversicherung für Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen (Phase I), Soforthilfe (Phase II) und für die Pflegephase (Phase III)

Dem Versicherungsschutz liegen folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen zu Grunde:

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegeSofort (AVB/PflegeSofort) (K 4887)

Einzelheiten des Versicherungsschutzes sind den §§ 4 f. "Was ist versichert und in welcher Höhe?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

3. Höhe der zu entrichtenden Beiträge, ihre Fälligkeit sowie der Zeitraum, für den die Beiträge zu entrichten sind und die Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung

Den Gesamtpreis für die Versicherung können Sie dem Online-Antrag entnehmen.

Der Versicherungsbeitrag wird monatlich - am 1. eines Monats - fällig. Der Beitrag wird jeweils zum Fälligkeitstermin vom angegebenen Konto abgebucht. Eine andere Zahlungsart als der Beitragsabruf ist nicht möglich.

Unterbliebene oder verspätete Beitragszahlungen gefährden den vereinbarten Versicherungsschutz und unter Umständen den Fortbestand des Vertrages.

Einzelheiten sind dem § 8 "Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Sollte die Beitragszahlung nicht vereinbarungsgemäß erfolgen, entstehen zusätzlich zu den bereits in den Beiträgen enthaltenen Kosten weitere Aufwände, die in Rechnung gestellt werden können. Dies betrifft Kosten durch die Rückgabe von Lastschriften, Mahnkostenpauschale für entstandenen Aufwand der Mahnbearbeitung sowie ggf. Verzugszinsen bzw. Säumniszuschläge.

4. Leistungsausschlüsse

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten Ausschlüsse, durch die bestimmte Leistungen eingeschränkt werden bzw. nicht im Versicherungsschutz enthalten sind. So besteht beispielsweise keine Leistungspflicht, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat.

Einzelheiten sind dem § 5 "Welche Leistungen sind ausgeschlossen?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

Vor dem Vertragsschluss trifft den Versicherungsnehmer eine besondere Anzeigepflicht. Dieser hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Anderenfalls kann sich der Versicherer vorzeitig von dem Vertrag lösen und der Versicherungsnehmer kann - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - den Versicherungsschutz verlieren. Gegebenenfalls kann der Versicherer auch bei Fortsetzung des Vertrages die Versicherungsbeiträge anpassen. Einzelheiten finden sich in der Belehrung zu § 19 (5) VVG im Antrag.

6. Obliegenheiten während der Laufzeit des Vertrages

Auch während der Laufzeit des Vertrages muss der Versicherungsnehmer bestimmte Obliegenheiten beachten.

Beispiel:

Die Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen ist unverzüglich durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises unter Angabe des Befundes und der Diagnose anzuzeigen.

Die Nichteinhaltung der während der Vertragslaufzeit zu beachtenden Obliegenheiten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen. Unter Umständen kann der Versicherer den Vertrag vorzeitig kündigen.

Einzelheiten sind den §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalls

Besondere Obliegenheiten werden vom Versicherungsnehmer auch bei Eintritt des Versicherungsfalls erwartet.

Beispiel:

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.

Bei einem Verstoß gegen die im Versicherungsfall zu beachtenden Obliegenheiten kann der Versicherungsschutz ganz oder teilweise verloren gehen. Unter Umständen kann sich der Versicherer vorzeitig vom Vertrag lösen.

Einzelheiten sind den §§ 9 bis 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Er endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Einzelheiten sind dem § 2 "Wann beginnt der Versicherungsschutz?" und § 7 "Wann endet der Versicherungsschutz?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

9. Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Beendigung des Vertrages

Die Versicherung wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Nach Ablauf dieser Mindestvertragslaufzeit kann der Tarif PflegeSofort mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsnehmers (z. B. wegen Erhöhung der Beiträge) und des Versicherers (z. B. wegen Verzuges mit der Beitragszahlung) sind zusammen mit weiteren Möglichkeiten einer Beendigung des Vertrages den §§ 13 bis 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

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

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes - Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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

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

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

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

Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch die Kooperationspartner Barmenia Krankenversicherung a. G und Johanniter Unfall- Hilfe e. V.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. kooperiert mit der Johanniter Unfall-Hilfe e. V. (JUH) dergestalt, dass die JUH an die Barmenia Krankenversicherung a. G. ausgewählte Pflegeversicherungen vermittelt, den Versicherungsnehmern als Ansprechpartner für Fragen und bei Beratungsbedarf zur Pflegeversicherung sowie für die Aufnahme/ Entgegennahme von Anträgen auf Pflegeleistungen zur Verfügung steht, nach Freigabe der Barmenia Krankenversicherung a. G. die durch diesen Vertrag kostenmäßig abgesicherten Pflegeleistungen erbringt, die von ihr erbrachten Leistungen - mit Ermächtigungen des Versicherungsnehmers - unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung a. G. abrechnet und von Versicherungsnehmern zur Erstattung eingereichte Rechnungen anderer Leistungserbringer (Pflegedienstleister) im Auftrag der Barmenia Krankenversicherung a. G. prüft sowie zu beanspruchende Leistungen auszahlt.

Zur Durchführung dieses Versicherungsvertrages und der vorgenannten Kooperation erheben und speichern sowohl die Barmenia Krankenversicherung a. G. als auch die JUH die von Ihnen im Antrag und Leistungsauftrag mitgeteilten sowie die im Verlauf der Vertragsbeziehung bei einer Leistungsanfrage, Leistungsfreigabe und Leistungserbringung anfallenden personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten sowie durch § 203 Strafgesetzbuch geschützte geheime Daten. Zudem übermitteln JUH und Barmenia Krankenversicherung a. G. zu den vorstehend beschriebenen Zwecken die jeweils erhobenen vorgenannten Daten an den jeweils anderen Kooperationspartner. Für die Erhebung, Speicherung, Nutzung sowie den Austausch der Daten im Rahmen der Kooperation benötigen JUH und Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre nachfolgende Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. sowie die Johanniter Unfall-Hilfe e. V. zur Begründung und Durchführung dieses Vertrages und zur Aufgabenerfüllung im Rahmen der Kooperation meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten und nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten erheben, speichern und zur Speicherung und Verwendung zu den vorgenannten Zwecken an den jeweils anderen Kooperationspartner übermitteln.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. und die JUH möchten ihre Kunden auch über ihre anderweitigen Dienstleistungsangebote sowie weitere Versicherungsprodukte informieren, wozu sie Ihre nachfolgende Einwilligung benötigen, die Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen können.

Ich bin damit einverstanden, dass die Barmenia Krankenversicherung a. G. und die Johanniter Unfall-Hilfe e. V. meine zur Begründung und Durchführung dieses Vertragsverhältnisses angegebenen Namens- und Adressdaten zum Zwecke der Werbung für ihre eigenen Dienstleistungsangebote und die Produkte der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG sowie der Barmenia-Lebensversicherung a. G. verwenden. Meine Namens- und Adressdaten dürfen an den jeweils anderen Kooperationspartner zum Zweck der Information über dessen Produkte und Angebote übermittelt werden.

Für Gesundheitsdaten sowie nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten gilt zudem folgende ergänzende Erklärung:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt)

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Barmenia Krankenversicherung a. G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Barmenia Krankenversicherung a. G. selbst, (siehe die vorstehenden Einwilligungen),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G. (siehe unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt (unter 3.).

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

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

1.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

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

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

1.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

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

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

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

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Krankenversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie

erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Anlage: Liste zu 2.2

Barmenia-Unternehmen, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen	
<ul style="list-style-type: none"> - Barmenia Krankenversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal - Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal - Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal 	
Partner	Aufgabe(n) des Dienstleisters
Ärzt u. a.	Beratung in medizinischen Fragestellungen, Erstellung von Gutachten
Anycare GmbH Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart	Disease-Management-Programme
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. Lützowstr. 94, 10785 Berlin	Hilfe- und Beratungsleistungen zum Pflegefall
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH Aufm Hennekamp 71, 40225 Düsseldorf	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
Global Medical Management, Inc. (GMMI) 1300 Concord Terrace, Suite 300 Sunrise, Florida 33323 USA	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
IMB Consult GmbH Amtmann-Ibing-Straße 10, 44805 Bochum	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
Indento GmbH Ruhrallee 191, 45136 Essen	Zahnmedizinisches Management
International SOS Emergency Services (Deutschland) GmbH Hugenottenallee 167, 63263 Neu-Isenburg	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
MEDICPROOF GmbH Gustav-Heinemann-Ufer 74 A, 50968 Köln	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH Michaelisstrasse 24, 20459 Hamburg	Stationäres Leistungsmanagement
PAV CARD GmbH Hamburger Str. 6, 22952 Lütjensee	Erstellung von Versicherungskarten ("Card für Privatversicherte")
Quality Smile GmbH Schloss-Str. 51, 56068 Koblenz	Zahnmedizinisches Management
ROLAND Assistance GmbH Deutz-Kalker Straße 46, 50679 Köln	Disease-Management-Programme und medizinisches Beratungstelefon ("Barmenia-MediLine")
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt Kadipasa Mah. Keykubat Bulvari Seher Yildizi Apt No 6, 07400 Alanya/Antalya/Turkey	Assistance (medizinische Dienstleistungen) im Ausland
ViaMed GmbH Motorstraße 52, 70499 Stuttgart	Medizinische Dienstleistungen (Medical Consulting)
IT-Dienstleister	Wartung und Pflege von Hard- und Software

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

1. Identität des Versicherers

Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung a. G. in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 3871. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift

Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:

Barmenia Krankenversicherung a. G.,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Eurich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

4. Garantie-/Sicherungsfonds

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

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

6. Gesamtpreis der Versicherung

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

7. Steuern, Gebühren oder Kosten

Mit Ausnahme der unter Ziffer 3 des Produktinformationsblattes angeführten Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind in Ziffer 3 des Produktinformationsblattes beschrieben.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

11. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

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

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Telefax: 0202 438-3244,
E-Mail: vertrag-kranken@barmenia.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

12. Laufzeit

Einzelheiten zur Laufzeit sind dem Produktinformationsblatt (Ziffer 9) zu entnehmen.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung

Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem Produktinformationsblatt (Ziffer 9) zu entnehmen.

14. Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache

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

16. Versicherungsombudsmann

Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.

Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"

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

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

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 07:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

Beratungsdokumentation

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen:	Pflege/Gesundheit/Ergänzung der GKV
Wünsche des Kunden:	Kunde wünscht Beratungs- und Hilfeleistungen zum Thema Pflege
Empfehlung an den Kunden:	Abschluss der Pflegezusatzversicherung "PflegeSofort"
Begründung der Empfehlung:	Die PflegeSofort bietet dem Kunden den gewünschten Versicherungsschutz. Die Versicherung bietet dem Kunden praktische Hilfs- und Beratungsleistungen bei drohender und feststehender Pflegebedürftigkeit, damit der Kunde im Pflegefall möglichst vorbereitet und informiert ist und finanzielle Nachteile vermieden werden.
Entscheidung des Kunden:	Der Kunde nimmt den Rat an.
Hinweis:	Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag. Der Abschluss der Pflegezusatzversicherung mit dem gewählten Tarif erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.
BDSG-Klausel:	Ich willige ein, dass die vorstehenden Daten an die Barmenia Krankenversicherung a. G., die Barmenia Lebensversicherung a. G., die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG sowie die Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. übermittelt werden dürfen. Diese Unternehmen sind befugt, die Daten zu Beweis Zwecken zu speichern. Die Zustimmung zur Speicherung und Übermittlung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ergänzende Pflege-Krankenversicherung

Tarif PflegeSofort

Pflege-Ergänzungsversicherung

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Ihnen hier vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegeSofort (AVB/PflegeSofort).

Stand 01.04.2016

Unsere Leistungen im Überblick

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

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen ab Vertragsbeginn (Phase I)	100 %	einmalig insgesamt 500 EUR
Soforthilfe nach Stellung des Antrages auf Pflegeleistungen (Phase II)	100 %	einmalig bis zu 1.000 EUR
Pflegephase ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Phase III)	100 %	250 EUR pro Kalenderjahr

Inhaltsübersicht	Seite
Vorbemerkung	3
Der Versicherungsschutz	
§ 1 Welche Regelungen gelten für den Versicherungsfall?	3
§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	4
§ 3 Wie ist die Wartezeit geregelt?	4
§ 4 Was ist versichert und in welcher Höhe?	5
§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?	6
§ 6 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?	7
§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?	7
Pflichten des Versicherungsnehmers	
§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?	7
§ 8a Wie werden die Beiträge berechnet?	8
§ 8b Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?	9
§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	9
§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?	9
§ 11 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?	10
§ 12 Wann können Sie aufrechnen?	11
Ende der Versicherung	
§ 13 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?	11
§ 14 Wann können wir den Versicherungsvertrag kündigen?	12
Sonstige Bestimmungen	
§ 15 Wann endet das Versicherungsverhältnis?	12
§ 16 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?	12
§ 17 Welches Gericht ist zuständig?	13
§ 18 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	13
Anhang	
Anhang I: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	13
Anhang II: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI)	16
Anhang III: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V)	20
Anhang IV: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	21

Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif PflegeSofort können Personen versichert werden, die in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Weitere Voraussetzungen sind, dass

- für sie noch keine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird,
- sie noch keinen Antrag auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV gestellt haben und
- sie nicht pflegebedürftig sind oder waren.

Der Tarif PflegeSofort kann zusammen mit anderen Pflege-Ergänzungsversicherungen abgeschlossen werden.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Welche Regelungen gelten für den Versicherungsfall?

(1) Wir begleiten Sie von den ersten Anzeichen über die Antragstellung bis hin zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Als →Versicherungsfall gelten:

a) *Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen (Phase I: Vorbereitung und Prävention, vgl. § 4 Abs. 1)*

Der Versicherungsfall beginnt, wenn für Sie¹, Ihren Ehe- oder Lebenspartner (mit dem Sie in einem Haushalt wohnen) oder einen Ihrer Familienangehörigen ersten Grades eine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Er endet mit der Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV.

b) *Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV (Phase II: Soforthilfe, vgl. § 4 Abs. 2)*

Der Versicherungsfall beginnt, nachdem Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV gestellt haben. Er endet, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in Ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt sind.

c) *Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (Phase III: Pflegephase, vgl. § 4 Abs. 3)*

Der Versicherungsfall beginnt, wenn bei Ihnen Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI oder eine erhebliche Einschränkung in Ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI festgestellt wird. Er endet, wenn Sie nicht mehr pflegebedürftig bzw. nicht mehr erheblich in Ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind.

Sie können jeweils nur die Leistungen der Phase in Anspruch nehmen, die aktuell besteht. Dies gilt auch dann, wenn Sie die Leistungen der vorherigen Phase noch nicht erhalten bzw. nicht ausgeschöpft haben.

Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

(2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem →Versicherungsschein,
- den ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen,
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie
- den gesetzlichen Vorschriften.

(3) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

<p>Was besteht Versicherungsschutz?</p>	<p>(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die tariflich vereinbarten Leistungen in Deutschland.</p>
<p>Was gilt, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?</p>	<p>(5) Wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), - Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder - in die Schweiz <p>verlegen, setzt sich die Versicherung fort. Wir sind dann nur zu den Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten.</p>
<p>§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?</p>	<p>(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung) und - nicht vor Ablauf der Wartezeit - siehe § 3. <p>Für bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Versicherungsfälle nach § 1 Abs. 1 leisten wir nicht. Für nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle leisten wir nur für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Die Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes gelten auch bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.</p>
<p>Was gilt bei der Mitversicherung von Neugeborenen?</p>	<p>(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Elternteil ist am Tag der Geburt bereits seit mindestens drei Monaten bei uns versichert und - Sie melden das Neugeborene spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zur Versicherung an.
<p>Was gilt bei der Adoption eines Kindes?</p>	<p>(3) Wenn das Kind bei der Adoption noch minderjährig ist, gelten dafür die gleichen Regelungen wie bei Neugeborenen. Wir können einen Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe vereinbaren.</p>
<p>§ 3 Wie ist die Wartezeit geregelt?</p>	<p>(1) Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn (siehe § 2).</p> <p>(2) Für die in Phase I versicherten Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen nach § 4 Abs. 1 haben Sie ohne Wartezeit Versicherungsschutz.</p> <p>Für die in Phase II versicherten Soforthilfe-Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 haben Sie nach Ende der dreijährigen Wartezeit Versicherungsschutz. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.</p> <p>Für die in Phase III versicherten Pflegemaßnahmen nach § 4 Abs. 3 haben Sie nach Ende der dreijährigen Wartezeit Versicherungsschutz. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.</p>

§ 4 Was ist versichert und in welcher Höhe?

Vorbereitungs- und Präventionsmaßnahmen (Phase I)

- 100 %** (1) Versichert sind der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 500 EUR. Wir ersetzen diese Kosten einmalig während der Vertragslaufzeit. Wir arbeiten mit hochqualifizierten Dienstleistern zusammen. Sofern Ihnen hierzu keine Informationen mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Persönliche Beratung zum Thema Pflege in Deutschland (z. B. zu den Themen Abfrage des Pflegebedarfs, Aufnahme des Tagesablaufs des Pflegebedürftigen, Analyse der Betreuungs- und Wohnsituation, individuelle Ermittlung und Gewichtung der Dringlichkeit von Leistungen, ärztliche Vorgaben, Fördermöglichkeiten der Pflegeversicherungsträger sowie Ermittlung der individuellen Pflegekosten),
 - Telefonische Beratung zum Thema Pflege durch einen qualifizierten Pflegedienstmitarbeiter oder einen Mitarbeiter mit einer vergleichbaren Qualifikation,
 - Telefonische Demenzberatung und -vorsorge oder persönliche Demenzberatung und -vorsorge in Deutschland (z. B. zu den Themen Ernährung und Diätformen, Bewegung, geistige Aktivität und soziale Interaktionsmöglichkeiten),
 - Schulung für Sie und bis zu zwei weitere Personen (Ehe- oder Lebenspartner, mit dem Sie in einem Haushalt wohnen, Familienangehörige ersten Grades) in Deutschland zur Prävention von Grundpflege und Demenz,
 - Erste-Hilfe-Kurs,
 - Erstattung der Kosten für eine persönliche Beratung zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gemäß § 40 Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang) in Ihrer Wohnung bzw. der Ihres Ehe- oder Lebenspartners (mit dem Sie in einem Haushalt wohnen) oder der Wohnung eines Ihrer Familienangehörigen ersten Grades in Deutschland,
 - Hilfeleistung beim Ausfüllen des Antrages auf Pflegeleistungen der SPV bzw. PPV.

Soforthilfe (Phase II)

- 100 %** (2) Versichert sind der Kosten für nachfolgend aufgeführte Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR. Wir ersetzen diese Kosten einmalig während der Vertragslaufzeit. Die Leistungen setzen einen für Sie gestellten Antrag auf Pflegeleistungen voraus, vgl. § 1 Abs. 1 b). Wir arbeiten mit hochqualifizierten Dienstleistern zusammen. Sofern Ihnen hierzu keine Informationen mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Pflegedienstleistungen gemäß § 36 SGB XI (siehe Anhang) in Deutschland während der Beantragung von Pflegeleistungen, wenn die SPV oder PPV dafür keine Kosten übernimmt,
 - Installation und den Betrieb eines technisch anerkannten Hausnotrufsystems sowie die damit verbundenen Schlüssel- und Einsatzdienste in Deutschland, wenn die SPV oder PPV dafür keine Kosten übernimmt. Wenn die SPV oder PPV einen Teil der Kosten übernimmt, erstatten wir die Restkosten. Für den Betrieb sowie die damit verbundenen Schlüssel- und Einsatzdienste übernehmen wir die Restkosten bis zu einem Betrag von 25 EUR monatlich,

- Tägliche Anlieferung eines Menüs in Deutschland, wobei aus dem Angebot des Dienstleisters frei gewählt werden kann,
- Persönliche Unterstützung bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder MEDICPROOF in Deutschland,
- Telefonische Vermittlung von zusätzlichen Dienstleistungen wie z. B. Einkaufshilfe, Reinigungsdienst, Wäschedienst sowie Fahrdienste. Die Entgelte für die vermittelten Dienstleistungen sind nicht Teil der tariflichen Leistung.

Pflegephase (Phase III)

(3) Versichert sind

100 %

der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR pro Kalenderjahr. Die Leistungen setzen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit voraus, vgl. § 1 Abs. 1 c). Wir arbeiten mit hochqualifizierten Dienstleistern zusammen. Sofern Ihnen hierzu keine Informationen mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

- Frei wählbare Leistungen aus den Bereichen Beratungs-, Besuchs-, Begleit- oder Fahrdienste, sofern diese in Deutschland in Anspruch genommen werden,
- Jeweils nach Vorleistung der SPV oder PPV die Restkosten für die Installation eines technisch anerkannten Hausnotrufsystems sowie bis zu 25 EUR monatlich für den Betrieb und die damit verbundenen Schlüssel- und Einsatzdienste in Deutschland. Wenn Sie die Installation eines solchen Hausnotrufsystems bereits im Rahmen der Soforthilfe der Phase II nach § 4 Abs. 2 in Anspruch genommen haben, besteht kein erneuter Anspruch,
- Pflege-Visite/Pflege-Case-Management (z. B. Informationen zur Pflege und Pflegeleistungen, Ratschläge zur Vermeidung stationärer Pflege),
- Zusätzliche Kosten für eine kurzfristige Vermittlung einer Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden in Deutschland. Diese Leistung können Sie einmalig und nur dann in Anspruch nehmen, wenn eine vollstationäre Pflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder MEDICPROOF befürwortet wurde.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für die Unterbringung in einem Pflegeheim.

Wir sind Ihnen gerne behilflich, einen Dienstleister zu finden, der diesen 24-Stunden-Service anbietet.

§ 5 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

(1) Wir leisten nicht in folgenden Fällen:

- a) Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
- b) Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen,
- c) für solche Versicherungsfälle, bei denen zum Zeitpunkt der Stellung des Antrages für den Tarif PflegeSofort für Sie, Ihren Ehe- oder Lebenspartner (mit dem Sie in einem Haushalt wohnen) oder einen Ihrer Familienangehörigen ersten Grades bereits
 - eine Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wurde,
 - ein Antrag auf Pflegeleistungen bei der SPV oder PPV gestellt wurde oder

- eine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI bestand.

- (2) Wir können unsere Leistungen unter folgenden Voraussetzungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen: Eine Pflegemaßnahme, für die Leistungen vereinbart sind,
 - übersteigt das medizinisch notwendige Maß oder
 - die geforderte Vergütung ist nicht angemessen.
- (3) Wenn Sie wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete haben, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?
Welche Nachweise brauchen wir?

- (1) Bitte beachten Sie Folgendes:
Wir leisten nur, wenn wir die geforderten Nachweise erhalten; diese werden unser Eigentum. Soweit Nachweise für die SPV oder PPV erstellt wurden, legen Sie diese bitte vor. Dies gilt insbesondere dann, wenn unsere Leistung von der Vorleistung oder Leistung der SPV oder PPV abhängig ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die vorgesehene Wartezeit nach § 3 erfüllt ist.

- (2) Die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen ergeben sich aus § 14 → VVG (siehe Anhang).

An wen leisten wir?

- (3) Grundsätzlich leisten wir an Sie als unseren Vertragspartner.
Wir sind allerdings verpflichtet, an die → versicherte Person, wenn Sie uns diese in → Textform als Empfangsberechtigte für unsere Versicherungsleistungen benannt haben.

Dürfen Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

- (4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung?

- (1) Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.
- (2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist in gleichen monatlichen Beitragsraten zu zahlen, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des → Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- (3) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder und Jugendliche (0 - 18 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie 18 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.
- (5) Zahlen Sie eine Beitragsrate nicht rechtzeitig, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn Sie den rückständigen Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten gezahlt haben.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie in Textform gemahnt, sind Sie zur Zahlung der Mahnkostenpauschale verpflichtet, die sich aus dem Produktinformationsblatt ergibt.
- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Treten wir vom Versicherungsverhältnis auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zurück oder beenden wir das Versicherungsverhältnis durch Anfechtung wegen → arglistiger Täuschung, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge werden von uns per Lastschrift eingezogen. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn die auf dem Versicherungsantrag enthaltene Lastschrift aus dem Auftrag zum Beitragseinzug eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

§ 8a Wie werden die Beiträge berechnet?

Wir berechnen die Beiträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Die Berechnung ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

§ 8b Wann dürfen wir die Beiträge anpassen?

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen, z. B. auf Grund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem Sie die Benachrichtigung erhalten haben.

§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

- (1) Die Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen ist uns unverzüglich durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (siehe § 6 Abs. 1) unter Angabe des Befundes und der Diagnose anzuzeigen. Es sind ebenfalls alle Vorleistungen der SPV bzw. PPV anzuzeigen, soweit diese Auswirkungen auf unsere Leistungen haben.
- (2) Sie müssen uns die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises nach § 6 Abs. 1 unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzeigen. Den Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.
- (3) Nach Eintritt des Versicherungsfalles (siehe § 1 Abs. 1) ist darüber hinaus das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) anzuzeigen.
- (4) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person nach § 6 Abs. 3 haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten von uns zu erteilen.
- (5) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (6) 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.

§ 10 Welche Folgen ergeben sich bei Obliegenheitsverletzungen?

- (1) Wenn Sie eine der in § 9 genannten vertraglichen Obliegenheiten verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
 - Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.

- Wenn Sie die Obliegenheit → grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen können,

- dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

- (2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht können wir nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausüben.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des → Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

- (1) Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der → Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden. Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden → vorsätzlich verursacht hat.
- (2) Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern. Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.
- (3) Bei Verletzung der in den Absatz 2 genannten Obliegenheiten gilt Folgendes:
Wenn Sie die genannten Obliegenheiten → vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir auf Grund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.
Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine → grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

- (4) Wenn Sie an einen Leistungserbringer
- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
 - Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,
- geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.
- (5) Sie können insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 12 Wann können Sie aufrechnen?

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

Ende der Versicherung

§ 13 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

- (1) Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Jahre. Sie können den Tarif PflegeSofort zum ersten Mal mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit kündigen. Nach Ablauf dieser Mindestvertragslaufzeit können Sie den Tarif PflegeSofort mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs PflegeSofort: 01.04. des laufenden Jahres

Ende der Mindestversicherungsdauer: 31.03. des übernächsten Jahres

Frühest möglicher Kündigungstermin des Tarifs PflegeSofort: 31.03. des übernächsten Jahres

- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöhen wir die Beiträge gemäß § 8b oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

- (6) Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Und zwar zum Schluss des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Wann können wir den Versicherungsvertrag kündigen?

- (1) Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tode abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet, wenn wir davon Kenntnis erlangen, dass sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt.
- (4) Endet für eine versicherte Person die deutsche SPV oder PPV, endet auch das Versicherungsverhältnis. Teilen Sie uns die Beendigung der SPV oder PPV bitte unverzüglich mit.

§ 16 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

→ Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns können Sie in Textform abgeben.

§ 17 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Sie können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (2) Es ist auch möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben.
- (3) Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig.

§ 18 Wann dürfen wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger → Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres (siehe § 13 Abs. 2) wirksam, sofern die Mitteilung über die Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie mindestens zwei Monate vorher erfolgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch → höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine → unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Anhang

Anhang I: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.
- § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie
- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.
- § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie
- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die meistens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der → Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Anhang II: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege des Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 36 Pflegesachleistung

- (1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen in Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.
- (2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat
 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 1.144 Euro ab 1. Januar 2015,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
- d) 1.612 Euro ab 1. Januar 2015.

- (4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- (4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4.000 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

- (1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, betreffen die Leistungen in diesem Abschnitt Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind
1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II und III sowie

2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- (2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.
Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als als Zahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Anhang IV: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Arglist/arglistig	Arglistig handelt, wer bewusst oder willentlich täuscht und darüber hinaus die Vorstellung hat, dass seine Angaben bzw. Nichtangaben geeignet sind, auf das Verhalten des Versicherers Einfluss zu nehmen.
aufrechnen	Schulden sich zwei Personen gegenseitig eine Geldleistung, können die Forderungen gegeneinander aufgerechnet werden.
fahrlässig	Fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt nicht beachtet.
grob fahrlässig	Grob fahrlässig handelt, wer die erforderliche und der jeweiligen Situation geschuldete Sorgfalt in besonders grobem Maße verletzt. Also selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende nicht beachtet.
höchstrichterliche Entscheidung	Urteile oder Beschlüsse der obersten Instanz, also zum Beispiel ein Urteil des Bundesgerichtshofes oder des Bundesverwaltungsgerichts.
schwebender Versicherungsfall	Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn noch eine Pflegebedürftigkeit oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt (schwebender Versicherungsfall).
Textform	Die Textform ist eine gegenüber der Schriftform erleichterte Form der Abgabe von Willenserklärungen oder Anzeigen im Rechtsverkehr (beispielsweise per Brief, Telefax oder E-Mail).
Treuhandler	Der Treuhänder ist eine vom Gesetz vorgesehene, zuverlässige und vom Versicherungsunternehmen unabhängige Person, die die Interessen der Versicherungsnehmer vertritt.
Übergang (eines Ersatzanspruchs)	Wenn Sie einen Anspruch auf Schadenersatz gegenüber einem Dritten haben, geht dieser auf uns über. Und zwar in der Höhe, in der wir Ihnen den Schaden ersetzt haben.
unzumutbare Härte	Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einer der Vertragsparteien nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherungsfall	Wenn ein Umstand eintritt, der eine Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: Sie stellen bei der SPV oder PPV einen Antrag auf Pflegeleistungen.
Versicherungsjahr	Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und dauert 12 Monate. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Beginn der Versicherung ist der 01.02., dann endet das Versicherungsjahr am 31.01. des folgenden Jahres.
Versicherungsnehmer	Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner und quasi der Inhaber der Versicherung. Er schließt den Vertrag ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich hat er alle Rechte am und alle Pflichten aus dem Vertrag.
versicherte Person	Die versicherte Person ist die Person, für die der vereinbarte Versicherungsschutz gilt. Die versicherte Person kann, muss aber nicht gleichzeitig der Versicherungsnehmer sein. Beispielsweise kann der Tarif PflegeSofort von einer Ehefrau (Versicherungsnehmerin) für ihren Ehemann (versicherte Person) abgeschlossen werden.
Versicherungsschein	Eine Urkunde über den Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrages erhalten Sie von uns den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel den vereinbarten Versicherungsschutz, den Beginn und die Dauer der Versicherung. Bitte heben Sie Ihren Versicherungsschein gut auf.
VVG	Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).
Willenserklärungen	Einseitige Mitteilungen, die einen rechtlichen Charakter haben und auf die Begründung, inhaltliche Änderung oder Beendigung des Versicherungsvertrages abzielen. Zum Beispiel die Kündigung.