

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2017)

Teil III - Tarif P3 Pflegekosten-Ergänzungsversicherung

Der Tarif ist nur gültig im Zusammenhang mit Teil I (Allgemeine Bedingungen AB/PV 2017) und Teil II (Tarifbedingungen TB/PV 2017)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Ersatz von Aufwendungen für die Pflege

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind

a) bei häuslicher Pflege

Aufwendungen für die notwendige Pflege bei Inanspruchnahme von

- Pflegekräften öffentlicher oder freigemeinnütziger Pflege- oder Sozialstationen oder von staatlich anerkanntem Pflegepersonal,
- Pflegeleistungen durch Krankenschwestern, Krankenpfleger bzw. Krankenpflegerhelfer oder Altenpfleger;

b) bei teilstationärer Pflege

Pflegeleistungen in staatlich anerkannten Tagespflegestätten sowie in Pflegeabteilungen von Altenheimen oder Krankenanstalten;

Aufwendungen für notwendige Beförderungen des Pflegebedürftigen zwischen der Wohnung des Versicherten und der vorgenannten Pflegeeinrichtungen;

c) bei häuslicher oder teilstationärer Pflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete pflegespezifische

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel,
- technische Hilfsmittel (in einfacher serienmäßiger Ausführung)

unter Anrechnung auf die tariflichen Jahreshöchstbeträge bis max. 2.557 Euro pro Kalenderjahr, wobei der Miete bei technischen Hilfsmitteln der Vorrang gegenüber einem Kauf einzuräumen ist.

Solche pflegespezifischen Hilfsmittel und technische Hilfen sind im übrigen nur erstattungsfähig, soweit sie zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und als solche von den gesetzlichen Pflegekassen im Rahmen von § 40 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) anerkannt sind und die Versorgung medizinisch notwendig ist.

Die Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln kann unter Beteiligung des medizinischen Dienstes geprüft werden.

d) bei stationärer Pflege

Pflegeleistungen in Pflegeabteilungen von Altenheimen oder Krankenanstalten oder in staatlich anerkannten Pflegeheimen sowie gesondert berechnete Investitionskosten;

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht erstattungsfähig.

Können bei stationärer Pflege die Pflegeleistungen nicht gesondert von den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nachgewiesen werden, so werden 65 % der Gesamtkosten dem Pflegebereich zugerechnet;

e) zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Aufwendungen, zum Beispiel für Umbaumaßnahmen und technische Hilfen, bei erstmaliger Fest-

stellung des Pflegegrades 3 und bei erstmaliger Feststellung eines höheren Pflegegrades (Pflegegrad 4 oder 5) innerhalb von 12 Monaten bis jeweils max. 5.113 Euro nach vorheriger Genehmigung des Versicherers.

Wurden nach erstmaliger Feststellung des Pflegegrades 4 bereits Leistungen durch den Versicherer genehmigt, können weitere Aufwendungen bei erstmaliger Feststellung des Pflegegrades 5 nur beansprucht werden, wenn diese Einstufung (Pflegegrad 5) der erstmaligen Feststellung des Pflegegrades 4 innerhalb von 12 Monaten folgt. Die Erstattung ist insgesamt auf max. 5.113 Euro begrenzt.

1.2 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen beträgt **100 %** der nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden, erstattungsfähigen Restkosten.

Ist die Vorleistung geringer als der Leistungsrahmen der Pflegepflichtversicherung, so ergeben sich die erstattungsfähigen Restkosten aus der Differenz der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen und den im Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung vorgesehenen Leistungen.

Ist nachweislich kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger feststellbar, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen **50 %** der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

Die Leistungen betragen	
im Pflegegrad 2	höchstens 12.768 Euro ,
im Pflegegrad 3	höchstens 15.960 Euro ,
im Pflegegrad 4 und 5	höchstens 19.344 Euro

pro Kalenderjahr zuzüglich eventueller Leistungen nach Ziffer 1.1 Buchstabe e).

Die Jahreshöchstbeträge vermindern sich für das Kalenderjahr des Pflegebeginns für jeden vor Beginn des Pflegefalls zurückgelegten vollen Monat um 1/12. Endet der Pflegefall während eines Kalenderjahres, so gilt Entsprechendes für die restlichen Monate bis zum Ende des Kalenderjahres.

2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege

Nach Wahl des Versicherungsnehmers steht alternativ zur Kostenerstattung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonal nach Ziffer 1.1 Buchstabe a) ein Pflegegeld zur Verfügung, dessen Höhe vom Pflegegrad abhängig ist. Es beträgt:

im Pflegegrad 2	10,70 Euro ,
im Pflegegrad 3	21,00 Euro ,
im Pflegegrad 4 und 5	26,00 Euro

pro Kalendertag.

Neben dem Pflegegeld sind bei häuslicher Pflege Aufwendungen nach Ziffer 1.1 Buchstaben c) und e) erstattungsfähig.

Das Pflegegeld wird auf die Jahreshöchstbeträge nach Ziffer 1.2 angerechnet.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

1. Nachweispflicht

Abweichend von § 4 Abs. 2.1, § 9 Abs. 1.1 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der regelmäßigen dreimonatigen Nachweispflicht über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen. Der Nachweis über Änderungen des Pflegegrades bleibt hiervon unberührt.

2. Wartezeit

Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeit.