

Kundeninformation

Wichtige Unterlagen zu Ihrer Gothaer Krankenversicherung

November 2016

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

in dieser Broschüre informieren wir Sie über die **Änderungen** der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** (AVB) für die **Pflege-Ergänzungsversicherungen** zum 1. Januar 2017.

Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind in roter Schrift dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit sind nur die Textpassagen der Versicherungsbedingungen aufgeführt, die sich ändern.

Für welche Tarife/Tarifwerke die Änderungen gelten, haben wir jeweils aufgelistet.

Bitte nehmen Sie die Broschüre zu Ihren Unterlagen. Unter www.gothaer.de/avb-kranken finden Sie diese Broschüre auch als PDF-Datei.

Ihre
Gothaer Krankenversicherung AG

Wichtige Hinweise

Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergeben sich aufgrund

- des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II),
- des Gesetzes zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts sowie
- des Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen.

Außerdem sind redaktionelle Änderungen vorgenommen worden.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

Gilt für Tarif MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3, MediP EZ, MediGroup P 0, MediGroup P 1, MediGroup P 2, MediGroup P 3, MediGroup P EZ, P3, PTG, PT2, PT3.

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2009 2017)

Teil II Tarifbedingungen (TB/PV 2009 2017)

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

2. Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. ~~Pflegebedürftig 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, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.~~
3. ~~Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.~~
4. ~~Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind~~
 - a) ~~Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,~~
 - b) ~~Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,~~
 - c) ~~Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.~~
5. ~~Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind~~
 - a) ~~im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,~~
 - b) ~~im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,~~
 - c) ~~im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu Bett Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,~~
 - d) ~~im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.~~
6. ~~Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:~~
 - a) ~~Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.~~
 - b) ~~Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.~~
 - c) ~~Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.~~
7. ~~Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.~~
8. ~~Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.~~
9. 3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Allgemeinen Bedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

~~9.1~~ 3.1 Personen mit erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

~~10.~~ 4. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

~~11.~~ 5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

- ~~4-2~~ 6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

1. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.
2. Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:
 - a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 - b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 - c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 - d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettensituhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 - e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 - f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.
3. Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- a) Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - b) Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - c) Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - d) Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - e) Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
4. Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.
 5. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.
 6. Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

**§ 4
Umfang der Leistungspflicht**

- 1.1 Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt frühestens nach **ärztlich** festgestellter Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit sowie nach Vorliegen der in den §§ 1 und 6 genannten Voraussetzungen. Die Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls eine Änderung **der Pflegestufe des Pflegegrades** muss dabei nach ärztlicher Bescheinigung auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate bestehen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- 1.2 Bei Änderungen des Leistungsumfanges der gesetzlichen Pflegeversicherung (**Pflege-Versicherungsgesetz Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung**) kann der Versicherer eine Anpassung der in den Tarifen genannten Leistungen vornehmen. Gleiches gilt für die Definition der **Pflegestufen Pflegegrade** und der Pflegebedürftigkeit (im Teil I der AVB), die an den jeweiligen Wortlaut des **Pflege-Versicherungsgesetzes Sozialgesetzbuches (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung** angepasst wird. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gilt gemäß § 13 Abs. 3.
2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie Änderungen **der Pflegestufen des Pflegegrades** sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (...), Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.
- 2.1 Die **ärztliche** Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.

**§ 5
Einschränkung der Leistungspflicht**

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - (...)
 - c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. ~~4~~ 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
 - (...)

**§ 6
Auszahlung der Versicherungsleistungen**

4. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese **in Textform** als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

**§ 8
Beitragszahlung**

- 7.2 Beitragsermäßigung im Alter
Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge nach Maßgabe des § ~~42~~ 150 VAG (...) jährlich zugeschrieben.

§ 8b
Beitragsanpassung

2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der ~~privaten~~ **Privaten** Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.

§ 9
Obliegenheiten

1. Die ~~ärztliche~~ **ärztliche** Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der in den Tarifbedingungen festgesetzten Frist – durch Vorlage eines ~~schriftlichen~~ **schriftlichen** Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

- 1.1 Die ~~ärztliche~~ **ärztliche** Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage des Vordruckes auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16
Willenserklärungen
und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich~~ Textform ~~vereinbart ist.~~

§ 19
Überleitungsregel für
Leistungsbezieher

1. Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

2. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
3. Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung MediP / MediGroup P

Gilt für Tarif MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3, MediP EZ, MediGroup P 0, MediGroup P 1, MediGroup P 2, MediGroup P 3, MediGroup P EZ.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV ~~2009~~ 2017 und Teil II Tarifbedingungen TB/PV ~~2009~~ 2017)

A. Tarifleistungen

1. **Leistungen des Versicherers/
Beginn der Leistungspflicht** Abweichend von § 6 Abs. 1 AB/PV ~~2009~~ 2017 gilt:
(...)
2. **Versicherungsschutz/
Abschließbare Tarife**
 - 2.1 Tarif MediP 0 / MediGroup P 0 leistet
 - **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes für die Dauer der Zuordnung in Pflegegrad 1. **bei festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI). Sobald die Voraussetzungen der Pflegestufen I, II oder III erfüllt sind, endet die Leistungspflicht aus Tarif MediP 0 / MediGroup P 0.**
 - 2.2 Tarif MediP 1 / MediGroup P 1 leistet
 - **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in ~~Pflegestufe I~~ **Pflegegrad 2**.
 - 2.3 Tarif MediP 2 / MediGroup P 2 leistet
 - **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in ~~Pflegestufe II~~ **Pflegegrad 3**.
 - 2.4 Tarif MediP 3 / MediGroup P 3 leistet
 - **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in ~~Pflegestufe III~~ **Pflegegrad 4 sowie in Pflegegrad 5** und
- Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege**
 - **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **vollstationärer Pflege** für die ~~Pflegestufen I, II und III~~ **Pflegegrade 2, 3, 4 und 5. Voraussetzung dafür ist, dass die vollstationäre Pflege durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung empfohlen und von der versicherten Person in Anspruch genommen wird.**
- Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit**
 - 2.5 Tarif MediP EZ / MediGroup P EZ leistet
 - **100 %** der vereinbarten Einmalzahlung bei **erstmaliger Feststellung** einer Pflegebedürftigkeit nach den ~~Pflegestufen I, II oder III~~ **Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5.**

Mit Auszahlung der vereinbarten Einmalzahlung endet Tarif MediP EZ / MediGroup P EZ. Eine gesonderte Erklärung des Versicherungsnehmers ist nicht erforderlich.
5. **Soforthilfe bei zeitlich begrenzter Pflege nach Unfall**

Der Versicherer leistet ein Pflegetagegeld als **Soforthilfe** aus Tarif MediP 0 / MediGroup P 0 im vereinbarten Umfang bis zu 28 Tage im Kalenderjahr. Diese Leistung wird unabhängig von der Zuordnung ~~einer Pflegestufe eines Pflegegrades~~ dann erbracht, wenn die versicherte Person

 - in Folge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 5)
 - stationär behandelt werden muss und daran anschließend
 - der in Deutschland niedergelassene behandelnde Arzt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst anräth.

Eine Leistung wird nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der beantragten Soforthilfe bereits Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen werden.
6. **Suchterkrankung, Krankenhausbehandlung, Kur und Rehabilitationsmaßnahmen**

Abweichend von § 5 Abs. 1 b AB/PV ~~2009~~ 2017 wird im Umfang des vereinbarten Tarifs MediP / MediGroup P geleistet, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf eine Suchterkrankung zurückzuführen ist.

Abweichend von § 5 Abs. 1 e AB/PV ~~2009~~ 2017 wird das vereinbarte Pflegetagegeld während (...).
7. **Beitragsbefreiung im Leistungsfall**

Bei Pflegebedürftigkeit ab ~~Pflegestufe I~~ **Pflegegrad 2** endet die Beitragszahlung für die von der versicherten Person abgeschlossenen Tarife MediP / MediGroup P mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung festgestellt wird. Die Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit nach ~~Pflegestufe I, II oder III~~ **Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5** mehr vorliegt.

- 8. Anpassung**
a) Dynamische Anpassung des Pflegetagegeldes/ Widerspruch
- Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (entspricht 36 Monaten), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung
- das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 - keine Leistungen bei der deutschen Pflegepflichtversicherung beantragt hat,
 - keine Einstufung in **eine Pflegestufe einen Pflegegrad** erfolgt ist **bzw. keine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde.**
- (...)
- b) Leistungsdynamik bei Pflegebedürftigkeit**
- Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils fünf Kalenderjahren (entspricht 60 Monaten), sofern am Stichtag der Leistungsanpassung
- die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 - eine Pflegebedürftigkeit gemäß **Pflegestufe I, II oder III Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5** vorliegt und
 - Leistungen aus den Tarifen MediP 1 / MediGroup P 1, MediP 2 / MediGroup P 2 oder MediP 3 / MediGroup P 3 bezogen werden.
- (...)
- 9. Anpassung bei Gesetzesänderung**
- Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes nicht übersteigt. **Entsprechendes gilt für die Veränderung der Definition der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz.** Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.
- 10. Optionsrecht/Nachversicherung bei Eintritt eines Ereignisses (z. B. Tod, Heirat, Geburt)**
- Recht auf Erhöhung des Pflegetagegeldes (Optionsrecht)**
- Eine Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes im Rahmen der in Abschnitt A. 3 festgelegten Höchstgrenzen ist ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich, wenn
- die versicherte Person nach Abschluss des Tarifs MediP / MediGroup P das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - die versicherte Person Tarif MediP / MediGroup P zum Zeitpunkt der Antragstellung 5 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV **2009 2017**) versichert hat,
 - die versicherte Person Tarif MediP / MediGroup P zum Zeitpunkt der Antragstellung 10 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV **2009 2017**) versichert hat.
- (...)

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- 1. Pflegebedürftigkeit**
- Soweit die Leistungspflicht des Versicherers nach Tarif MediP / MediGroup P Pflegebedürftigkeit voraussetzt, sind die Feststellungen des Medizinischen Dienstes der deutschen Pflegepflichtversicherung **— zu einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (...)**
— oder für eine Einstufung in die **Pflegestufen I bis III Pflegegrade 1 bis 5** gemäß §§ 14, 15 SGB XI (...) maßgeblich. Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsantrags nicht in der deutschen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig ist (vgl. Abschnitt B. 4), wird der Versicherer einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit **oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz** nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB XI) feststellt. Die durch diese Begutachtung entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherungsnehmer.
- 2. Nachweispflicht**
- Abweichend von § 4 Abs. 2.1, § 9 Abs. 1.1 TB/PV **2009 2017** verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der regelmäßigen dreimonatigen Nachweispflicht über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen. Der Nachweis über Änderungen **der Pflegestufe des Pflegegrades** bleibt hiervon unberührt.
- Sollte eine vollstationäre Pflege nicht mehr in Anspruch genommen **oder nicht mehr vom Medizinischen Dienst empfohlen** werden, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen (vgl. Abschnitt A. 2).
- Das Gleiche gilt, wenn eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst nicht mehr angeraten ist (vgl. Abschnitt A. 5).
- 3. Wartezeiten**
- Abweichend von § 3 AB/PV **2009 2017** verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeit.
- 4. Weltgeltung**
- Abweichend von § 1 Abs. **14 5** und § 15 Abs. 4 AB/PV **2009 2017** besteht Versicherungsschutz nach Tarif MediP / MediGroup P weltweit. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gelten die §§ 9 und 10 AB/PV **2009 2017** sowie Abschnitt B. 1 und B. 2.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

Gilt für Tarif P3.

Teil III – Tarif P3 Pflegekosten-Ergänzungsversicherung

Der Tarif ist nur gültig im Zusammenhang mit Teil I (Allgemeine Bedingungen AB/PV ~~2009~~ 2017) und Teil II (Tarifbedingungen TB/PV ~~2009~~ 2017)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1.

Ersatz von Aufwendungen für die Pflege

1.1

Erstattungs-fähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind

(...)

e) zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Aufwendungen, zum Beispiel für Umbaumaßnahmen und technische Hilfen, bei erstmaliger Feststellung ~~der Pflegestufe II und III~~ 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 maximal 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 ~~Pflege-Versicherungsgesetz~~ 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

~~in der Pflegestufe I~~ — höchstens **12.768 Euro**

~~in der Pflegestufe II~~ — höchstens **15.960 Euro**

~~in der Pflegestufe III~~ — höchstens **19.344 Euro**

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 ~~von der Pflegestufe vom Pflegegrad~~ abhängig ist. Es beträgt:

~~in der Pflegestufe I~~ — **10,70 Euro**

~~in der Pflegestufe II~~ — **21,00 Euro**

~~in der Pflegestufe III~~ — **26,00 Euro**

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 ~~der Pflegestufe des Pflegegrades~~ bleibt hiervon unberührt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

Gilt für Tarif **PTG**.

Teil III – Tarif PTG Pflegetagegeldversicherung

Der Tarif ist nur gültig im Zusammenhang mit Teil I (Allgemeine Bedingungen AB/PV ~~2009~~ 2017) und Teil II (Tarifbedingungen TB/PV ~~2009~~ 2017)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. **Höhe der Leistungen** Die Höhe der Leistungen beträgt ~~in der im~~
- | | |
|----------------------------|------------------|
| Pflegestufe I | 35 % |
| Pflegestufe II | 70 % |
| Pflegestufe III | 100 % |
| Pflegegrad 2 | 35 % |
| Pflegegrad 3 | 70 % |
| Pflegegrad 4 | 100 % |
| Pflegegrad 5 | 100 % |
- des vereinbarten Pflegetagegeldes, soweit in Ziffer 2. für den Bereich der häuslichen Pflege nichts anderes geregelt ist.
2. **Leistungen bei häuslicher Pflege** Bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen oder staatlich anerkanntem Pflegepersonal für die häusliche Pflege wird das Tagegeld entsprechend ~~der Pflegestufe dem Pflegegrad~~ in voller Höhe gezahlt.
- Bei häuslicher Pflege durch Ehegatten, Kinder, Verwandte, Verschwägerter oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird bei einer Pflegebedürftigkeit ab ~~Pflegestufe II~~ Pflegegrad 3 ein Pflegetagegeld von 100 % der in ~~der dem~~ jeweiligen ~~Pflegestufe~~ Pflegegrad geltenden Höhe der Leistung des vereinbarten Pflegetagegeldes unter der Voraussetzung gezahlt, dass von dem oben genannten Personenkreis
- die benötigte Pflege in einem zeitlich ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden kann und
 - ein Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten krankenpflegerischer Art (z. B. eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs einer karitativen Organisation) erbracht wird.
- Dieser Anspruch reduziert sich auf die Hälfte, wenn die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.
4. **Beitragsbefreiung im Leistungsfall** Bei einer Pflegebedürftigkeit ab ~~Pflegestufe II~~ Pflegegrad 3 endet die Beitragszahlung für die Pflegetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ~~ärztlich~~ festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungspflicht endet.

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 ~~der Pflegestufe des Pflegegrades~~ bleibt hiervon unberührt.
3. **Europageltung** Abweichend von § 1 Abs. ~~4~~ 5 AVB besteht Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung auch in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, sofern die versicherte Person nachweislich Leistungen aus der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung beanspruchen kann.

Bei Tarifen, die vor dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden und deren Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert sind, ist die Regelung zur Europageltung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht enthalten.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

Gilt für Tarif PT2.

Teil III – Tarif PT2 Pflegetagegeldversicherung für die ~~Pflegestufen II und III~~ Pflegegrade 3, 4 und 5
(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV ~~2009~~ 2017
und Teil II Tarifbedingungen TB/PV ~~2009~~ 2017)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- Höhe der Leistungen**

Im Rahmen dieses Tarifs wird bei ~~ärztlich~~ festgestellter Pflegebedürftigkeit der ~~Pflegestufen II und III~~ Pflegegrade 3, 4 und 5 ein Pflegetagegeld gezahlt. Die Höhe der Leistungen beträgt bei

Pflegestufe II	70 %
Pflegestufe III	100 %
Pflegegrad 3	70 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes, soweit in Ziffer 2. für den Bereich der häuslichen Pflege nichts anderes geregelt ist.

Das Pflegetagegeld kann in einer Höhe von 5 Euro oder einem Vielfachen hiervon im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen versichert werden.
- Leistungen (Nachweis bei häuslicher Pflege)**

Bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen sowie staatlich anerkanntem Pflegepersonal wird das Tagegeld für ~~Pflegestufe II und Pflegestufe III~~ Pflegegrad 3, 4 und 5 in voller Höhe gezahlt.

Bei häuslicher Pflege durch Ehegatten, Kinder, Verwandte, Schwägernde oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird bei einer Pflegebedürftigkeit der ~~Pflegestufe II und Pflegestufe III~~ Pflegegrade 3, 4 und 5 ein Pflegetagegeld in voller Höhe unter der Voraussetzung gezahlt, dass von dem oben genannten Personenkreis

 - die benötigte Pflege in einem zeitlich ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden kann und
 - ein Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten krankenpflegerischer Art (z. B. eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs einer karitativen Organisation) erbracht wird.

Der Anspruch reduziert sich auf die Hälfte, wenn die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.
- Anpassung des Pflegetagegeldes/Widerspruch**

(...)

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pflegetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, ~~schriftlich in Textform~~ widerspricht.

(...)
- Beitragsbefreiung im Leistungsfall**

Bei einer Pflegebedürftigkeit ab ~~der Pflegestufe II dem Pflegegrad 3~~ endet die Beitragszahlung für die Pflegetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ~~ärztlich~~ festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungspflicht endet.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- 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 ~~der Pflegestufe des Pflegegrades~~ bleibt hiervon unberührt.
- Europageltung**

Abweichend von § 1 Abs. ~~4~~ 5 AVB besteht Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung auch in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, sofern die versicherte Person nachweislich Leistungen aus der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung beanspruchen kann.

Bei Tarifen, die vor dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden und deren Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert sind, ist die Regelung zur Europageltung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht enthalten.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

Gilt für Tarif PT3.

Teil III – Tarif PT3 Pfl egetagegeldversicherung für die ~~Pflegestufe III~~ Pflegegrade 4 und 5
(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV ~~2009~~ 2017
und Teil II Tarifbedingungen TB/PV ~~2009~~ 2017)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- Höhe der Leistungen**

Im Rahmen dieses Tarifs wird bei ~~ärztlich~~ festgestellter Pflegebedürftigkeit der ~~Pflegestufe III~~ Pflegegrade 4 und 5 ein Pfl egetagegeld gezahlt. Die Höhe der Leistungen beträgt bei

Pflegestufe III	100 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Pfl egetagegeldes, soweit in Ziffer 2. für den Bereich der häuslichen Pflege nichts anderes geregelt ist.

Das Pfl egetagegeld kann in einer Höhe von 5 Euro oder einem Vielfachen hiervon im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen versichert werden.
- Leistungen (Nachweis bei häuslicher Pflege)**

Bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- oder Sozialstationen sowie staatlich anerkanntem Pflegepersonal wird das Tagegeld für ~~Pflegestufe III~~ Pflegegrad 4 und 5 in voller Höhe gezahlt.

Bei häuslicher Pflege durch Ehegatten, Kinder, Verwandte, Schwägerte oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen wird bei einer Pflegebedürftigkeit der ~~Pflegestufe III~~ Pflegegrade 4 und 5 ein Pfl egetagegeld in voller Höhe unter der Voraussetzung gezahlt, dass von dem oben genannten Personenkreis

 - die benötigte Pflege in einem zeitlich ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden kann und
 - ein Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten krankenpflegerischer Art (z. B. eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem entsprechenden Kurs einer karitativen Organisation) erbracht wird.

Der Anspruch reduziert sich auf die Hälfte, wenn die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.
- Anpassung des Pfl egetagegeldes/Widerspruch**

(...)

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pfl egetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist. Die Erhöhung des Pfl egetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, ~~schriftlich~~ in Textform widerspricht.

(...)
- Beitragsbefreiung im Leistungsfall**

Bei einer Pflegebedürftigkeit ~~der Pflegestufe III~~ ab dem Pflegegrad 4 endet die Beitragszahlung für die Pfl egetagegeldversicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ~~ärztlich~~ festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungspflicht endet.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- 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 ~~der Pflegestufe des Pflegegrades~~ bleibt hiervon unberührt.
- Europageltung**

Abweichend von § 1 Abs. ~~14~~ 5 AVB besteht Versicherungsschutz in der Pfl egetagegeldversicherung auch in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, sofern die versicherte Person nachweislich Leistungen aus der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung beanspruchen kann.

Bei Tarifen, die vor dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden und deren Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert sind, ist die Regelung zur Europageltung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht enthalten.

