

ERGÄNZENDE PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG ZUR PRIVATEN ODER SOZIALEN PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

Der Tarif EPTN gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegegeldversicherung nach den Tarifen PTN und EPTN (AVB/PTN).

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen,

- die das 6. Lebensjahr vollendet haben,
- für die eine private oder soziale Pflegepflichtversicherung (PPV oder SPV) besteht,
- für die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 AVB/PTN weder besteht noch absehbar ist.

Es muss jede der vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sein. Bei der Versicherung von Neugeborenen nach § 2 Abs. 2 AVB/PTN oder bei Adoption nach § 2 Abs. 3 AVB/PTN finden die vorgenannten Voraussetzungen keine Anwendung.

2. Versicherbares Pflegegeld

Das versicherbare Pflegegeld beträgt mindestens € 20,-. Es kann um ein Vielfaches von € 1,- erhöht werden.

3. Versicherungsleistungen

Das Pflegegeld gemäß Nr. 3.1 oder Nr. 3.2 wird nach Maßgabe des § 6 AVB/PTN für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit gezahlt, wenn und solange

- für Versicherte nach der Tarifstufe EPTN1 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II oder III,
- für Versicherte nach der Tarifstufe EPTN2 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III

vorliegt.

3.1 Versicherungsleistungen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege

Für häusliche oder teilstationäre Pflege werden

	Tarifstufe	
	EPTN1	EPTN2
in der Pflegestufe I	25 %	---
in der Pflegestufe II	65 %	65 %
in der Pflegestufe III	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegegeldes gezahlt.

Das Pflegegeld wird auch dann gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften sondern von sonstigen Pflegepersonen (z.B. Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder sonstigen ehrenamtlichen Helfern) vorgenommen wird.

Abweichend von § 5 Abs. 3 AVB/PTN wird bei häuslicher Pflege während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von höchstens sechs Wochen das Pflegegeld gezahlt.

3.2 Versicherungsleistungen bei vollstationärer Pflege

Für vollstationäre Pflege werden

	Tarifstufe	
	EPTN1	EPTN2
in der Pflegestufe I	100 %	---
in der Pflegestufe II	100 %	100 %
in der Pflegestufe III	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegegeldes gezahlt.

Wählen Pflegebedürftige anstatt häuslicher oder teilstationärer Pflege vollstationäre Pflege, obwohl diese nach ärztlicher Feststellung nicht erforderlich ist, erfolgt die Zahlung des Pflegegeldes wie bei häuslicher oder teilstationärer Pflege.

Die vollstationäre Pflege muss dem Versicherer nachgewiesen werden.

Innerhalb eines Tages wird das Pflegegeld nur für eine Pflegeart gezahlt, entweder für häusliche oder teilstationäre oder vollstationäre Pflege.

4. Anpassung des Pflegegeldes (Leistungsanpassung)

4.1 Die durchschnittlichen Kosten der Pflege bei Pflegebedürftigkeit werden in Abständen von längstens drei Jahren ermittelt und mit den Durchschnittskosten verglichen, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen. Bei einem Anstieg von mindestens 10 % wird das vereinbarte Pflegegeld entsprechend angepasst, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat am Stichtag der Leistungsanpassung das 20. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Während der letzten 24 Monate vor dem Stichtag der Leistungsanpassung bestand eine Versicherung nach Tarif EPTN und in dieser Zeit hat sich weder die vereinbarte Tarifstufe noch die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes geändert.

4.2 Die Höherstufung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeit vorgenommen. Der für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif EPTN vereinbarte Risikozuschlag oder die vereinbarten Leistungseinschränkungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Stichtag der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet.

4.3 Die Ermittlung der Kostensteigerung und die Festlegung der Höherstufung erfolgen nach einem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren und mit Zustimmung des Treuhänders.

4.4 Das hinzukommende Pflegegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

4.5 Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich abgelehnt hat.

4.6 Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. 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 selbstständige 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 Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

- b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
- (9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlich festgestellten Pflegebedürftigkeit (vgl. § 6 Abs. 2). Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
 - (10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
 - (11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
 - (12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit 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 (§ 10 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, 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.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit (§ 3) mit Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Die Leistungen für vollstationäre Pflege werden erbracht bei ganztägigem Aufenthalt (24 Stunden) in öffentlichen oder konzessionierten stationären Pflegeeinrichtungen (z.B. Pflegeheimen, Pflegeabteilungen in Altenheimen), in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft ganztägig gepflegt werden.

- (3) Wenn sich der Gesundheitszustand einer pflegebedürftigen Person so verbessert, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, endet der Versicherungsschutz mit der Veränderung des Gesundheitszustandes.
- (4) Ändert sich die Stufe der Pflegebedürftigkeit während des Leistungsbezugs, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.
- (5) Bezieht die versicherte Person Versicherungsleistungen, werden diese bei Tod bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem die versicherte Person verstorben ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- (1) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
- (2) für Versicherungsfälle, die vorsätzlich selbst herbeigeführt sind oder auf Sucht beruhen oder die auf einen Selbsttötungsversuch zurückzuführen sind. Die Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Selbsttötungsversuch in einem die Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist,
- (3) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden,
- (4) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, bei Kur- und Sanatoriumsaufenthalten und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht,
- (5) bei Pflege in Einrichtungen, die der Versicherer aus wichtigem Grunde vom Versicherungsschutz ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Ausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- (2) Erhält eine versicherte Person Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung (PPV oder SPV) oder sind dort Leistungen beantragt, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe maßgebend und sind vom Antragsteller nachzuweisen. Entsprechendes gilt bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe.

Erhält eine versicherte Person keine Leistungen aus der PPV oder SPV oder sind dort keine Leistungen beantragt, sind Eintritt, Stufe der Pflegebedürftigkeit und Fortdauer durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchung kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern. Die Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Person kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn die Beurteilung nach Aktenlage möglich ist. Die Kosten der genannten Untersuchung trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Nachweise müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein. Insbesondere müssen sie enthalten:

Vor- und Zunamen der pflegebedürftigen Person, Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) sowie die Art der Pflege (häusliche, teilstationäre oder

vollstationäre Pflege). Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

- (4) Das Pfl egetagegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Kundeninformation).
- (6) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (7) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut, bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistung können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, 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, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate 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 des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
- (4) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (5) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam,

wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.

- (6) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.
- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen anrechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

- (4) Liegt bei Vertragsänderung ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. für die Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
- (3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragsenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12a Abs. 3 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

§ 13 Obliegenheiten

- (1) Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (2) Ab dem Zeitpunkt des tariflichen Leistungsbeginns sind ferner anzuzeigen:
 - a) jede Krankenhausbehandlung,
 - b) jede stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme,
 - c) jede Kur- oder Sanatoriumsbehandlung,
 - d) jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.
- (3) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat dafür zu sorgen, dass die Pflegebedürftigkeit gemindert oder behoben wird. Sie hat ferner alle Handlungen zu unterlassen, die einer Minderung oder einem Wegfall der Pflegebedürftigkeit entgegenstehen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
- (7) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte, ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 13 Abs. 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Darüber hinaus kann der Versicherer bei Verletzung der in § 13 Abs. 6 genannten Obliegenheit den Vertrag unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 16 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) a) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsänderung oder bei einer nachträglichen Mitversicherung von Personen oder bei einer Beitragsanpassung endet das erste Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages nach Tarif PTN bzw. EPTN. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.
- b) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Pflegekrankenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäu-

mung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

- (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 oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer 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) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 21 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (8) Soweit die Pflegetagegeldversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 17 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet 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.

§ 18 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tode des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat außerhalb des Tätigkeitsgebiets des Versicherers, außerhalb der Europäischen Union und außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§ 20 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 21 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen 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 zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags 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 dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Central Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
Telefax 02 21/16 36 - 2 00

www.central.de

Ein Unternehmen der



AMB GENERALI