

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB/PTV) nach Tarif PT und PZ

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Für Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko vorliegt, können bei Abschluss oder Erweiterung der Versicherung besondere Bedingungen (Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse) vereinbart werden.
- (3) Versicherungsfall ist die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung festgestellte Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.
- (4) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 3. Er endet, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PTV), dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland von bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr werden Versicherungsleistungen erbracht.
- (8) 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 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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt werden.

§ 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). 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 fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit unmittelbar nach 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines 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

Sämtliche Wartezeiten entfallen.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen im Ausland verursacht worden sind, es sei denn, der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Unruhen war für das betreffende Land nicht vorhersehbar und der versicherten Person war keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich;
 - c) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - d) solange sich die versicherte Person dauerhaft im Ausland aufhält. Dies gilt auch für einen vorübergehenden Aufenthalt im Ausland, wenn der vorübergehende Auslandsaufenthalt eine Dauer von sechs Wochen pro Kalenderjahr überschreitet, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes pflegebedürftig wird.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. Die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit sowie die Pflegestufe der versicherten Person sind maßgebend für die Versicherungsleistungen.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich 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.
- (5) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) a) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
 - b) Der Beitrag 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, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
 - c) Ab Beginn des auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag für das Eintrittsalter 16 Jahre, ab Beginn des auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der dann gültige Neuzugangsbeitrag für das Eintrittsalter 21 Jahre zu zahlen.
- (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, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
 - (3) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen.
 - (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil, einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
 - (5) 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 wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Für jede Mahnung werden für Bearbeitungskosten 3,- EUR zuzüglich Portokosten erhoben. Darüber hinaus können Verzugszinsen und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren erhoben werden.
 - (6) 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 der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers 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.
 - (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a 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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistung 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 Vertragsänderungen 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.

§ 8 b 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 auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und 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 Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. 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 Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Wird die vertragliche Leistungszusage geändert aufgrund von Veränderungen in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung, wie z. B. die Änderung des Begriffes der Pflegebedürftigkeit oder der Veränderung der Anzahl der Pflegestufen sowie bei Beitragsänderungen in der privaten Pflegepflichtversicherung, können alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten vom Versicherer überprüft und soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb eines Monats – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und 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.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 3 ist ferner jeder Auslandsaufenthalt der versicherten Person mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen je Kalenderjahr anzuzeigen.
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der 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 nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

§ 10 Folgen der Obliegenheitsverletzung

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (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 oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung 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 gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder erfolgte eine Beitragserhöhung oder Leistungsminderung gemäß § 19, so 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. Dies gilt auch, wenn aufgrund von Änderungen in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung bereits tariflich vereinbarte Leistungsänderungen vorgenommen werden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis 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 Schluss 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 Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (8) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Die Fortsetzung des insgesamt oder für einzelne versicherte Personen gekündigten Vertrages in Form einer Anwartschaftsversicherung muss vom Versicherungsnehmer oder von den betroffenen versicherten Personen unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers beantragt werden. Der Antrag muss spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Kündigung beim Versicherer eingegangen sein.

§ 14 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.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der jeweiligen versicherten Person, wenn für diese keine soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung mehr besteht. Eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt nicht als bestehende Pflegepflichtversicherung in diesem Sinne. Es kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln, wenn ein entsprechender Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung gestellt wird.
- (4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig.
- (4) Hatte der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland und tritt das den streitigen Anspruch auslösende Ereignis im Ausland ein, so ist hierfür das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig, wenn nicht schon nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen die Zuständigkeit eines anderen Gerichtes in Deutschland gegeben ist. Ansonsten gilt:

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so ist außer dem Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, das im Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Ansehung des damaligen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zuständig gewesen wäre.

§ 18 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 frühestens 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.

§ 19

Änderung in der Pflegepflichtversicherung

Wird in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung die Definition der Pflegebedürftigkeit oder die Anzahl der Pflegestufen geändert, gilt folgendes:

- (1) Im Tarif PT wird in der höchsten Tarifstufe die Versicherungsleistung ab der Pflegestufe mit der höchsten Leistung, in der zweitniedrigsten Tarifstufe ab der Pflegestufe mit der zweitniedrigsten Leistung und in der niedrigsten Tarifstufe ab der Pflegestufe mit der niedrigsten Leistung für häusliche Pflegehilfe gezahlt.
In der Pflegestufe mit der höchsten Leistung für häusliche Pflegehilfe wird 100% der Versicherungsleistung gezahlt. Die Versicherungsleistung für die weiteren Pflegestufen wird neu bestimmt nach dem Verhältnis der Höchstbeträge für häusliche Pflegehilfe in den jeweiligen Pflegestufen.
Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von drei Monaten nach dem Wirksamwerden der vorgenannten Änderung die Umstellung der für die versicherte Person bestehende Tarifstufe in eine andere Tarifstufe unter Änderung des versicherten Tagessatzes ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der erworbenen Rechte verlangen, soweit sich durch die Umstellung der zu zahlende Beitrag nicht erhöht. Das Recht zur Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 8 AVB/PTV bleibt unberührt. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung nur verlangen, wenn die betreffende versicherte Person nicht pflegebedürftig nach den Kriterien der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung ist.
- (2) Eine tariflich vereinbarte Beitragsfreistellung erfolgt, wenn die versicherte Person einer Pflegestufe in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung zugeordnet ist, in der für häusliche Pflegehilfe mindestens 80% des höchsten Satzes gezahlt bzw. Sachleistungen in diesem Gesamtwert erbracht werden können, den die Pflegepflichtversicherung für häusliche Pflegehilfe ohne Berücksichtigung etwaiger Härtefälle überhaupt vorsieht.
- (3) Ist im Zeitpunkt der Änderung die Leistung für häusliche Pflegehilfe aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung entfallen, so wird stattdessen das Pflegegeld aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung als Maßstab in den Absätzen 1 und 2 herangezogen.

Stand: 01.04.2010

Der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vorgelegt.

Anhang 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 Betrags 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 zehn 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

- ...
- (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.
- ...

§ 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 dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 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 Beträge 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.

Tarif PT Pflegetagegeld

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB/PTV).

Dieser Tarif kann nur als Zusatztarif zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden und endet, wenn weder eine private noch eine soziale Pflegepflichtversicherung besteht.

Das Pflegetagegeld kann als Tagessatz in 5-€-Stufen bis zu einem Betrag von 150 € versichert werden.

Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistungen bestimmt sich nach der Höhe des abgeschlossenen Pflegetagegeldes, der Tarifstufe und der Pflegestufe, die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung besteht.

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in den Tarifstufen PT1, PT2 und PT3 zu den in der folgenden Tabelle genannten Prozentsätzen je Pflegestufe gezahlt:

	Tarifstufe PT1	Tarifstufe PT2	Tarifstufe PT3
Pflegestufe I	30%	-	-
Pflegestufe II	65%	65%	-
Pflegestufe III	100%	100%	100%

Wurde in besonders gelagerten Einzelfällen bei der häuslichen Pflege von der zuständigen privaten oder sozialen Pflegekasse bei der versicherten Person ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand festgestellt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt und der zur Gewährung von Leistungen der Pflegepflichtversicherung führt (Härtefall), wird das versicherte Pflegetagegeld, solange dieser Härtefall in der privaten oder sozialen Pflegekasse anerkannt ist, zu **130%** gezahlt.

Solange für die versicherte Person in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung die Pflegestufe III besteht, wird der Tarif PT für diese versicherte Person beitragsfrei gestellt.

Anpassung des Versicherungsschutzes

- Das versicherte Pflegetagegeld wird an die Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten in Deutschland nach Maßgabe der Ziffern 2 und 3 angepasst. Dieser Anspruch besteht nur, wenn bei der jeweiligen versicherten Person keine Pflegebedürftigkeit besteht.

Der Anpassungssatz berechnet sich aus dem vom Statistischen Bundesamt jährlich veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“. Die Einzelheiten des Berechnungsverfahrens sind in den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders festgelegt.

Sobald ein einheitlicher amtlicher Pflegekostenindex für Deutschland existiert, wird dieser Index mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders an Stelle des Verbraucherpreisindex zur Anpassung des Pflegetagegeldes herangezogen. Die Versicherungsnehmer werden über den Austausch des Index schriftlich informiert.

- Bei versicherten Personen, die das 65. Lebensjahr nicht im Kalenderjahr der Anpassung vollenden, wird alle fünf Jahre eine Überprüfung und Anpassung des Pflegetagegeldes durchgeführt. Die Anpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Gesundheitsprüfung zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung folgt. Die Anpassung entfällt rückwirkend, sofern der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht.

Für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, kann der Versicherungsnehmer die Anpassung des Pflagegeldes frühestens fünf Jahre seit Versicherungsbeginn oder der letzten Anpassung verlangen. Die Anpassung muss vom Versicherungsnehmer schriftlich beantragt werden und wird ohne erneute Gesundheitsprüfung zu Beginn des zweiten Monats nach Zugang des Antrags beim Versicherer wirksam.

Die Leistungsanpassung bezieht sich auf den zuletzt versicherten Pflagegeldsatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

3. Der Beitrag für ein erhöhtes Pflagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis wie der Tarifbeitrag angepasst. Bereits bestehende Leistungsausschlüsse gelten auch für den erhöhten Versicherungsschutz.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.