

Es gelten folgende Tarifstufen

Tarifstufe	681	682	683	684	685	686	687	688	689	680
Erstattungsprozensatz	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200

Leistungen

1. Kostenerstattung

Die Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung bei Aufwendungen für die Leistungsarten

- häusliche Pflegehilfe
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- teilstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege

wird je Leistungsart und Kalendermonat entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 % bis 200 % erhöht. Der gesamte Leistungsbetrag einschließlich der Leistungen der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung ist auf 100 % der erstattungsfähigen Kosten begrenzt. Bei stationärer Pflege zählen zu den erstattungsfähigen Kosten auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen.

2. Pflegegeld

Erhält der Versicherte durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung ein Pflegegeld, so wird dieser Betrag entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 % bis 200 % erhöht.

Erfolgt keine Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegekostentarif noch Wartezeiten bestehen. In diesen Fällen wird eine Vorleistung in dem Umfang angerechnet, auf den bei Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Anspruch bestehen würde.

Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigte erhalten die Leistungen, die eine nicht beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigte Person bei gleicher versicherter Tarifstufe erhalten würde.

Zum Nachweis der Vorleistung durch die Pflege-Pflichtversicherung, die Heilfürsorge oder Beihilfe sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Belege müssen ausreichend spezifiziert sein, sie sollen insbesondere den Leistungsbetrag, Art und Datum der Leistung enthalten.

Tarif 69: Pflegetagegeld-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind. Der Pflegetagegeld-Tarif kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Leistungen

Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit in der vereinbarten Höhe für jeden Tag der notwendigen vollstationären Pflege unabhängig von der Pflegestufe gezahlt. Wird vollstationäre Pflege gewählt, obwohl diese

nicht notwendig ist, werden in Pflegestufe III 100 %, in Pflegestufe II und I 50 % des versicherten Tagegeldes gezahlt. Ein Anspruch entsteht jedoch frühestens nach Ablauf der Wartezeit und nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Voraussetzung ist, dass eine Leistung der Pflege-Pflichtversicherung erfolgt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegetagegeld-Tarif noch Wartezeiten bestehen, aber alle sonstigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt wären.

Die vollstationäre Pflege muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheides der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten ärztlichen Dienstes nachgewiesen werden. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen.

Leistungsanpassung

Der Versicherer ermittelt spätestens alle drei Jahre die durchschnittlichen Kosten für die vollstationäre Pflege. Bei einem Anstieg von mindestens 10 % gegenüber den der letzten Leistungsanpassung zu Grunde liegenden Durchschnittskosten wird das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend angepasst, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind

- a) Während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung bestand eine Versicherung nach Tarif 69 und in dieser Zeit hat sich die vereinbarte Tarifstufe nicht geändert.
- b) Das hinzu kommende Pflegetagegeld wird auf volle 1 Euro aufgerundet.

Die Höherstufung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit vorgenommen. Der für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif 69 vereinbarte Beitragszuschlag und sonstige vereinbarte besondere Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzu kommende Pflegetagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet.

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

Das hinzu kommende Pflegetagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

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

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen; er kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Tarif PVN, PVB: Pflege-Pflichtversicherung

Für die Pflege-Pflichtversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung (Bedingungsteil MB/PPV 2008 und Tarif PV).