



Pflege-Monatsgeldversicherung

Teil III

Pflege-Monatsgeld Tarif PMvario und GPMvario

Besondere Bedingungen für die Start Police

gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Inhalt

1 Allgemeine Regelungen

- 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
- 1.2 Art der Versicherung
- 1.3 Wer kann versichert werden?
- 1.4 Welche Sprache gilt für Ihren Vertrag?
- 1.5 Welche Besonderheiten gelten für Versicherte der BARMER?

2 Unsere Leistungen

- 2.1 Pflege-Monatsgeld
- 2.2 Welche Regeln müssen Sie bei der Festlegung des Pflege-Monatsgeldes allgemein beachten?

3 Was gilt bei einer Änderung Ihres Pflege-Monatsgeldes?

- 3.1 Was gilt allgemein?
- 3.2 Was gilt, wenn Sie Ihr Pflege-Monatsgeld erhöhen möchten?
- 3.3 Was gilt, wenn Sie Ihr Pflege-Monatsgeld reduzieren möchten?
- 3.4 Nachversicherungsgarantie
- 3.5 Planmäßige Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

4 Optionale Leistungen

- 4.1 Beitragsunterstützung im Pflegefall
- 4.2 Einmalzahlung

5 Änderungen und Ergänzungen der Musterbedingungen (MB/EPV 17)

- 5.1 Um welche Absicherung handelt es sich?
- 5.2 Wie sind die Wartezeiten geregelt?
- 5.3 Welche Regelungen gelten für Aufenthalte im Ausland?
- 5.4 Welche Einschränkungen zur Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?
- 5.5 Wie müssen Sie uns Ihre Pflegebedürftigkeit nachweisen?
 - 5.5.1 Was gilt, wenn Sie Mitglied der SPV oder PPV sind?
 - 5.5.2 Was gilt, wenn Sie kein Mitglied der SPV oder PPV sind?
- 5.6 Wann gibt es einen Beitragsnachlass?
- 5.7 Was müssen Sie zu den Anzeigepflichten beachten?
- 5.8 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegeleistung abschließen wollen oder eine bestehende erhöhen wollen?

6 Beiträge

- 6.1 Wie hoch ist der monatliche Beitrag für Ihre Absicherung?
- 6.2 Wie errechnet sich das tarifliche Alter?

7 Besondere Bedingungen für die Vereinbarung einer Start Police

- 7.1 Was ist die Start Police?
- 7.2 Wer kann versichert werden?
- 7.3 Ist ein vorzeitiges Ende der Start-Phase möglich?
- 7.4 Gibt es während der Startphase eine planmäßige Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß 3.5?
- 7.5 Was ist die einmalige Erhöhungsoption nach der Startphase?
- 7.6 Was gilt, wenn Sie die Beitragsunterstützung im Pflegefall gemäß 4.1 vereinbart haben?
- 7.7 Ist eine Anwartschaftsversicherung möglich?

8 Glossar

9 Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung

- 9.1 Häusliche und vollstationäre Pflege
- 9.2 Teilstationäre Pflege
- 9.3 Kurzzeitpflege

1 Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB). Diese bestehen aus:

- Teil I Musterbedingungen (MB/EPV 17) und
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG (TB/EPV 18).

Die Teile I und II gelten, soweit sie nicht durch die Bestimmungen dieses Teils III ergänzt oder geändert werden.

- Teil III Tarifbedingungen des Tarifs PMvario.
Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

1.2 Art der Versicherung

Es handelt sich um eine private Pflege-Zusatzversicherung in Form eines Monatsgeldes. Sie ergänzt den Versicherungsschutz Ihrer privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung.

Bei diesem Tarif handelt es sich um ein Pflege-Monatsgeld.

1.3 Wer kann versichert werden?

Sie können sich versichern, wenn Sie bei Vertragsabschluss

- Ihren Wohnsitz und Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und
- in der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.

1.4 Welche Sprache gilt für Ihren Vertrag?

Die Kommunikation zum Versicherungsvertrag erfolgt in deutscher Sprache.

1.5 Welche Besonderheiten gelten für Versicherte der BARMER?

Für Versicherte der BARMER bieten wir den Tarif PMvario als Tarif GPMvario an. Beide Tarife sind mit Ausnahme der in diesem Abschnitt beschriebenen Abweichungen identisch.

Sie können den Tarif GPMvario nur abschließen, wenn Sie Anspruch auf Leistungen der BARMER haben.

Wenn diese Eigenschaft wegfällt, endet für Sie der Tarif GPMvario zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Sie müssen uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitteilen. Hierfür genügt die Textform.

Wenn Ihre Versicherung bei der BARMER endet, können Sie in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln.

Voraussetzung ist, dass Sie den Wechsel spätestens zwei Monate nach Ihrem Ausscheiden bei der BARMER verlangen. Weitere Bestimmungen finden Sie in § 1 (6) der AVB.

2 Unsere Leistungen

Sie erhalten bei Pflegebedürftigkeit ein vereinbartes Pflege-Monatsgeld. Die Höhe des ausgezahlten Betrags unterscheidet sich nach Pflegegrad 1 bis 5. Sie hängt auch davon ab, ob Sie ambulante oder stationäre Pflege in Anspruch nehmen. Welche Absicherungshöhe Sie für die einzelnen Pflegegrade beantragen, legen Sie nach den Regeln in Punkt 2.2 selbst fest.

2.1 Pflege-Monatsgeld

Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld, wenn Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 sind.

Werden Sie ambulant oder teilstationär gepflegt, zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld für die ambulante Pflege. Das zahlen wir auch dann, wenn die Pflege durch Laien erfolgt. Das bedeutet, dass die pflegenden Personen keine berufliche Qualifikation im Pflegebereich haben müssen.

Sind Sie in der vollstationären Pflege oder in der Kurzzeitpflege, zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld für die vollstationäre Pflege.

Das Pflege-Monatsgeld zahlen wir jeweils zu Beginn des Folgemonats für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Beginnt oder endet Ihre Pflegebedürftigkeit im Laufe eines Monats, zahlen wir das Pflege-Monatsgeld anteilig. Wir gehen bei der Berechnung immer von einem Monat mit 30 Tagen aus.

Ändern sich während eines Monats der Pflegegrad bzw. die Pflegeart, dann zahlen wir bis zum Tag vor der Änderung nach der bis dahin gültigen Einstufung bzw. Pflegeart. Ab dem Tag der Änderung zahlen wir nach der neuen Einstufung bzw. Pflegeart.

Auch hier gehen wir bei der Berechnung immer von einem Monat mit 30 Tagen aus.

Die Definitionen der Pflegeeinrichtungen sind im Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) festgeschrieben. Die entsprechenden Paragraphen können Sie im Anhang unter Ziffer 8 dieses Tarifblatts nachlesen.

SGB XI:

- Ambulante Pflege: § 71, Abs. 1 und 3
- Vollstationäre Pflege: § 71, Abs. 2, 3 und 4
- Teilstationäre Pflege: § 41, Abs. 1
- Kurzzeitpflege: § 42, Abs. 1 und 2

Daraus leiten sich die Pflegearten ab.

Am Ende dieser Tarifbeschreibung finden Sie ein Glossar, in dem wir die Pflegearten kurz erläutern.

2.2 Welche Regeln müssen Sie bei der Festlegung des Pflege-Monatsgeldes allgemein beachten?

Für die Absicherung Ihres Pflege-Monatsgeldes gelten folgende Regelungen:

- a. Sie können für jeden der 5 Pflegegrade ein individuelles Pflege-Monatsgeld absichern.
- b. Die Höhe des Pflege-Monatsgeldes kann für ambulante und vollstationäre Pflege jeweils unterschiedlich hoch sein.
- c. Sie müssen in allen Pflegegraden für die ambulante und vollstationäre Pflege mindestens 100 € Pflege-Monatsgeld absichern. Diese Regel muss sowohl bei Vertragsabschluss als auch für etwaige Änderungen während der Vertragslaufzeit beachtet werden.
- d. Sie können das Monatsgeld in 1 €-Schritten festlegen.
- e. Sie müssen im nächst höheren Pflegegrad mindestens das gleiche Monatsgeld abschließen wie im vorherigen Pflegegrad.

Beispiel:

Entscheiden Sie sich in Pflegegrad 1 bei ambulanter Pflege für eine monatliche Absicherung von 200 €, müssen Sie in Pflegegrad 2 ebenfalls mindestens 200 € abschließen. Entscheiden Sie sich in Pflegegrad 2 für eine monatliche Absicherung von 500 €, müssen Sie in Pflegegrad 3 mindestens 500 € absichern. Diese Regel zieht sich bis Pflegegrad 5 fort.

Die Höhe des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes können Sie in Ihrem gültigen Versicherungsschein nachlesen.

3 Was gilt bei einer Änderung Ihres Pflege-Monatsgeldes?

3.1 Was gilt allgemein?

Wenn Sie Ihr Pflege-Monatsgeld verändern, berechnen wir dafür den Beitrag nach dem tariflichen Lebensalter, das Sie zum Termin der Änderung erreicht haben.

Wird das Pflege-Monatsgeld nach den Ziffern 3.2, 3.3, 3.4 oder 3.5 verändert, gelten bereits bestehende Sondervereinbarungen auch für den veränderten Teil des Pflege-Monatsgeldes.

3.2 Was gilt, wenn Sie Ihr Pflege-Monatsgeld erhöhen möchten?

Für eine Erhöhung Ihres Pflege-Monatsgeldes gelten ebenfalls die Regelungen aus Ziffer 2.2.

Für die Erhöhung sind eine Antragstellung und eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Die Erhöhung nehmen wir frühestens zum Monatsersten nach Ihrer Antragstellung vor.

Wenn Sie bereits einen Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt haben oder Sie bereits pflegebedürftig sind, können Sie Ihr Pflege-Monatsgeld nicht erhöhen.

3.3 Was gilt, wenn Sie Ihr Pflege-Monatsgeld reduzieren möchten?

Für eine Reduzierung Ihres Pflege-Monatsgeldes gelten ebenfalls die Regelungen aus Ziffer 2.2.

Für die Reduzierung ist keine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Sie müssen die Reduzierung beantragen. Sie wird frühestens zum Monatsersten nach Ihrer Antragstellung wirksam.

Wenn Sie bereits einen Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt haben oder Sie bereits pflegebedürftig sind, können Sie nur

- einmalig,
- alle Absicherungshöhen,
- zum gleichen Zeitpunkt und
- auf den Mindestsatz von jeweils 100 €

reduzieren.

3.4 Nachversicherungsgarantie

Sie können Ihr Pflege-Monatsgeld ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 % erhöhen. Wir runden auf den nächsten vollen Euro.

Voraussetzung für die Nachversicherung ist, dass

- für Sie noch kein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt wurde und
- Sie noch nicht pflegebedürftig sind.

Die Erhöhung darf erfolgen, wenn

- Sie heiraten,
- Sie ein Kind bekommen oder adoptieren,
- eines Ihrer leiblichen oder adoptierten Kinder stirbt,
- Ihr Ehepartner oder Lebenspartner stirbt,
- Sie sich scheiden lassen oder Ihre Lebenspartnerschaft auflösen,
- Sie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland in ein anderes Bundesland umziehen und zu diesem Zeitpunkt höchstens 60 Jahre alt sind oder
- Ihr Beihilfeanspruch wegfällt.

Während der Vertragslaufzeit dürfen Sie die Nachversicherungsgarantie drei Mal in Anspruch nehmen.

Ihr Antrag auf Erhöhung muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt des entsprechenden Ereignisses bei uns vorliegen. Hierüber können wir einen Nachweis von Ihnen fordern. Die Erhöhung nehmen wir frühestens zum Monatsersten nach Ihrer Antragstellung vor.

3.5 Planmäßige Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

Das versicherte Pflege-Monatsgeld erhöht sich alle 3 Jahre ohne Gesundheitsprüfung um den Prozentsatz der allgemeinen Inflationsrate. Dies gilt auch dann, wenn Sie bereits pflegebedürftig sind.

Zur Berechnung des Prozentsatzes der allgemeinen Inflationsrate legen wir die Entwicklung des Verbraucherpreisindex für Deutschland, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt, zugrunde. Wir berücksichtigen die jeweils für Juni veröffentlichten Indizes der letzten drei Kalenderjahre. Die Erhöhung erfolgt um höchstens 10 % des zuletzt vereinbarten Pflege-Monatsgeldes.

Wir runden das Pflege-Monatsgeld auf den nächsten vollen Euro.

Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen nehmen wir jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres vor.

Die Erhöhung erfolgt daher das erste Mal zum 01.01. des 4. Versicherungsjahres, das zweite Mal am 01.01. des 7. Versicherungsjahres und in der Folge entsprechend. Sie erhalten darüber rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung.

Wenn Sie die Erhöhung nicht wünschen, können Sie als Versicherungsnehmer in Textform widersprechen. Dafür haben Sie zwei Monate Zeit, nachdem Sie den Versicherungsschein zur Erhöhung erhalten haben. Die Erhöhung wird dann nicht wirksam. Wenn Sie die Erhöhung mehr als zweimal hintereinander ablehnen, endet Ihr Anspruch auf weitere dynamische Erhöhungen. Sollten Sie diese wieder wünschen, können Sie den Einschluss der planmäßigen Erhöhung erneut beantragen. Dafür ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

4 Optionale Leistungen

Die optionalen Leistungen „Beitragsunterstützung im Pflegefall“ und „Einmalzahlung“ erbringen wir nur, wenn Sie diese mit uns vereinbart haben. Ob das der Fall ist, können Sie in Ihrem gültigen Versicherungsschein nachlesen.

4.1 Beitragsunterstützung im Pflegefall

Solange Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 oder 5 sind, erhöhen wir die vereinbarte Leistung.

Die Erhöhung erfolgt um den Betrag, den Sie für Ihr Pflege-Monatsgeld nach diesem Tarif an uns zahlen müssen. Grundlage ist dabei der Beitrag zum Zeitpunkt, zu dem Sie zum ersten Mal dem Pflegegrad 4 oder 5 zugeordnet werden.

4.2 Einmalzahlung

Wir leisten während der gesamten Vertragslaufzeit einmal eine Sonderzahlung, wenn Sie erstmalig in einen Pflegegrad eingestuft werden, der größer als Pflegegrad 1 ist.

Grundlage ist das vereinbarte Pflege-Monatsgeld für ambulante Pflege des entsprechenden Pflegegrades, in den Sie eingestuft werden:

- Pflegegrad 2: 1x das ambulant abgesicherte Pflege-Monatsgeld des Pflegegrades 2 zusätzlich.
- Pflegegrad 3: 2x das ambulant abgesicherte Pflege-Monatsgeld des Pflegegrades 3 zusätzlich.
- Pflegegrad 4: 3x das ambulant abgesicherte Pflege-Monatsgeld des Pflegegrades 4 zusätzlich.
- Pflegegrad 5: 3x das ambulant abgesicherte Pflege-Monatsgeld des Pflegegrades 5 zusätzlich.

Beispiel:

Die Pflegebedürftigkeit tritt erstmals ein und Sie wurden in den Pflegegrad 2 eingestuft. Für die ambulante Pflege in diesem Pflegegrad haben Sie 1.000 € abgesichert. Sie erhalten zusätzlich zu dem Monatsgeld in Höhe von 1.000 € eine Einmalzahlung von weiteren 1.000 €. Es ist dabei unerheblich, ob Sie ambulant oder stationär gepflegt werden. Werden Sie zu einem späteren Zeitpunkt in den Pflegegrad 3 oder höher eingestuft, erhalten Sie keine weitere Einmalzahlung mehr.

5 Änderungen und Ergänzungen der Musterbedingungen (MB/EPV 17)

5.1 Um welche Absicherung handelt es sich?

Ergänzung zu § 1 (1)

Bei diesem Tarif handelt es sich um ein Pflege-Monatsgeld. Sofern in den AVB Teil I und Teil II ein Pflege tagegeld genannt ist, ist ein Pflege-Monatsgeld gemeint.

5.2 Wie sind die Wartezeiten geregelt?

Ergänzung zu § 3

Für diesen Tarif entfällt die Wartezeit.

5.3 Welche Regelungen gelten für Aufenthalte im Ausland?

Ergänzung zu § 1 (5), § 5 (1c) und § 15 (4)

Sie haben weltweiten Versicherungsschutz. Eine zusätzliche Vereinbarung ist nicht nötig.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, können Sie den Vertrag auch beenden oder als Anwartschaftsversicherung führen. Das müssen Sie in Textform beantragen. Außerdem müssen Sie uns die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts anzeigen. Die Beendigung bzw. die Anwartschaftsversicherung tritt frühestens zum Monatsersten nach Ihrer Antragstellung in Kraft.

5.4 Welche Einschränkungen zur Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?

Ergänzung zu § 5 (1a)

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden. Wenn Sie sich außerhalb Deutschlands aufhalten, leisten wir unter der Voraussetzung, dass Sie vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht werden. Das ist der Fall, solange das Auswärtige Amt für das entsprechende Reisegebiet vor Reiseantritt keine Reisewarnung ausgesprochen hat.

Wir leisten auch, wenn während des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet ausgesprochen wird. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie das Kriegsgebiet verlassen, sofern dadurch Leib und Leben nicht gefährdet sind.

Ergänzung zu § 5 (1b)

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen.

Ergänzung zu § 5 (1d), (1e), (1g), (2) und (3)

Diese Leistungseinschränkungen entfallen.

Ergänzung zu § 5 (1f)

Wenn Sie pflegebedürftig sind, leisten wir auch während:

- vollstationärer Heilbehandlungen im Krankenhaus,
- stationärer Rehabilitationsmaßnahmen,
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und
- Unterbringungen aufgrund richterlicher Anordnungen.

5.5 Wie müssen Sie uns Ihre Pflegebedürftigkeit nachweisen?

Ergänzung zu § 6 (1), § 6 (2) und § 9 (4)

5.5.1 Was gilt wenn Sie Mitglied der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegeversicherung (PPV) sind?

Sie müssen uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit anhand des Gutachtens der SPV bzw. PPV nachweisen. Aus dem Gutachten müssen hervorgehen:

- der festgestellte Pflegegrad,
- die Pflegeart,
- der Befund bzw. die Diagnose sowie
- die voraussichtliche Pflegedauer.

In diesem Fall entfällt die Verpflichtung nach § 9 (4).

5.5.2 Was gilt, wenn Sie kein Mitglied der SPV oder PPV sind?

Sie müssen uns ärztliche Unterlagen einreichen, aus denen die Pflegebedürftigkeit hervorgeht. Hierzu stellen wir Ihnen Fragebögen in deutscher oder englischer Sprache zur Verfügung. Die

Kosten für die Erstellung der Unterlagen und für die damit evtl. verbundenen ärztlichen Leistungen müssen Sie tragen.

Wir haben das Recht, die Pflegebedürftigkeit auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt oder einer Pflegekraft (Gutachter) prüfen zu lassen.

5.6 Wann gibt es einen Beitragsnachlass?

Ergänzung zu § 8 (1)

Sie erhalten folgenden Beitragsnachlass (Skonto) auf den Monatsbeitrag:

- 1 % wenn Sie halbjährlich zahlen
- 2 % wenn Sie jährlich zahlen.

5.7 Was müssen Sie zu den Anzeigepflichten beachten?

Ergänzung zu § 9 (1) und zu § 6 (1)

Für die Anzeige der Pflegebedürftigkeit müssen Sie eine Frist von 10 Jahren einhalten. Abweichend von § 6 (1) AVB zahlen wir das Pflege-Monatsgeld dabei auch rückwirkend für den Zeitraum, für den Pflegebedürftigkeit nachgewiesen wird.

Ergänzung zu § 9 (2)

Diese Anzeigepflicht entfällt.

Ergänzung zu § 9 (3) und § 10 (1)

Sie müssen uns anzeigen, wenn sich Ihre Pflegeart oder Ihr Pflegegrad ändert. Hierüber können wir einen Nachweis verlangen.

Wenn Sie diese Anzeigepflicht verletzen, gilt § 10 (1) der AVB.

5.8 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegeleistung abschließen wollen oder eine bestehende erhöhen wollen?

Ergänzung zu § 9 (6) und § 10 (2)

Für den Abschluss einer weiteren Versicherung mit Anspruch auf Pflegeleistung oder für die Erhöhung einer bestehenden, müssen Sie keine Einwilligung von uns einholen.

Auch dann erbringen wir die tarifliche vereinbarten Leistungen und verzichten auf unser Kündigungsrecht nach § 10 (2) der AVB.

6 Beiträge

6.1 Wie hoch ist der monatliche Beitrag für Ihre Absicherung?

Der monatliche Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

6.2 Wie errechnet sich das tarifliche Alter?

Als tarifliches Eintrittsalter gilt das tatsächliche Alter am Tag des Beginns der Versicherung.

Abweichend davon ist der Beitrag für Kinder bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 16 Jahre alt werden und der für Jugendliche bis zum Ende des Monats, in dem sie 21 Jahre alt werden. Anschließend zahlen sie den Beitrag für Erwachsene.

7 Besondere Bedingungen für den Abschluss einer Start Police

7.1 Was ist die Start Police?

Sie können das Pflege-Monatsgeld als Start Police vereinbaren. Die Besonderheit der Start Police liegt in der gestuften Beitragszahlung.

Sie zahlen zunächst einen geringeren Beitrag als ohne Start Police. Diesen Zeitraum nennen wir Startphase. Die Leistungshöhe ändert sich durch die verminderte Beitragszahlung nicht.

In der Startphase werden allerdings entsprechend der geringeren Beitragszahlung auch geringere Alterungsrückstellungen gebildet.

Die Startphase setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen.

Die konstante Phase dauert 3 Jahre. Mit Beginn des vierten Jahres beginnt die Steigerungsphase. Hier steigt der Beitrag jedes Jahr zum Ersten des Monats, in dem der Jahrestag liegt, stufenweise an. Die letzte Steigerung nehmen wir zu Beginn des 10. Jahres vor. Der stufenweise Anstieg wird im Versicherungsschein ausgewiesen. Nach der Steigerungsphase beginnt die Zielphase. Aufgrund der in der Startphase geringer gebildeten Alterungsrückstellungen ist der Beitrag in der Zielphase höher als ohne Start-Police.

7.2 Wer kann versichert werden?

Bei Abschluss der Start Police müssen Sie mindestens 21 und dürfen höchstens 50 Jahre alt sein.

Die besonderen Bedingungen für die Start Police können Sie nur bei einem Neuabschluss vereinbaren.

Wenn Sie bereits einen Pflegezusatztarif bei uns haben, können Sie zum Ersten des Monats, der auf Ihren 21. Geburtstag folgt, die besonderen Bedingungen für die Start Police vereinbaren. Ihr Antrag auf die Start Police muss innerhalb von sechs Monaten nach Ihrem 21. Geburtstag bei uns vorliegen.

7.3 Ist ein vorzeitiges Ende der Startphase möglich?

Sie können jederzeit ein vorzeitiges Ende der Startphase beantragen. Die Änderung wird zum nächsten Monatsersten nach Ihrer Antragstellung wirksam. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Zielphase.

7.4 Gibt es während der Startphase eine planmäßige Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß 3.5?

Eine planmäßige Erhöhung während der Startphase gibt es nicht. Die planmäßige Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes gemäß Punkt 3.5 beginnt erst in der Zielphase.

Wenn Sie in der Zielphase sind, nehmen wir die planmäßige Erhöhung alle drei Jahre jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres vor. Die erste planmäßige Erhöhung erfolgt zum 01.01. des 4. Versicherungsjahres nach Beginn der Zielphase.

Beispiel:

- Die Zielphase beginnt zum 01.07.2025
- Die erste planmäßige Erhöhung erfolgt das erste Mal zum 01.01.2028.

7.5 Was ist die einmalige Erhöhungsoption nach der Startphase?

Sie können Ihr Pflege-Monatsgeld nach der Startphase einmalig ohne Gesundheitsprüfung erhöhen. Für jedes angefangene Jahr, das Sie in der Startphase versichert waren, ist eine Erhöhung von entweder einem Prozentpunkt, zwei oder maximal drei Prozentpunkten möglich. Für jedes Jahr wird die gleiche Prozentpunkt-Erhöpfung vorgenommen. Die gewählte Erhöhung gilt außerdem für alle Pflegegrade. Die Erhöhung ist auch möglich, wenn Sie bereits pflegebedürftig sind.

Wir runden das Pflege-Monatsgeld auf den nächsten vollen Euro.

Ihr Antrag auf Erhöhung muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Zielphase bei uns vorliegen. Die Erhöhung nehmen wir zum nächsten Monatsersten nach Ihrer Antragstellung vor.

Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir nach dem tariflichen Lebensalter, das Sie zum Termin der Änderung erreicht haben. Bereits bestehende Sondervereinbarungen gelten auch für den hinzukommenden Teil des Pflege-Monatsgeldes.

7.6 Was gilt, wenn Sie die Beitragsunterstützung im Pflegefall gemäß 4.1 vereinbart haben?

Wenn Sie während der Startphase zum ersten Mal dem Pflegegrad 4 oder 5 zugeordnet werden, endet auch vorzeitig die Startphase zum Beginn des Monats, für den die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt wird. Der sich hieraus ergebende Beitrag ist Grundlage für die Beitragsunterstützung im Pflegefall gemäß 4.1.

7.7 Ist eine Anwartschaftsversicherung möglich?

Eine Anwartschaftsversicherung ist möglich, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen. Die besonderen Beitragsregelungen der Start Police entfallen mit dem Beginn der Anwartschaftsversicherung.

8 Glossar

Anwartschaftsversicherung

Sie können eine Anwartschaftsversicherung für bestimmte Lebensumstände abschließen. Damit erwerben Sie sich das Recht, den in Anwartschaft stehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung aufleben zu lassen. Das Abschließen und das Aufleben einer Anwartschaftsversicherung sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden.

Während einer Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig.

Auswärtiges Amt

Das Auswärtige Amt bildet zusammen mit den Auslandsvertretungen den Auswärtigen Dienst. Das Auswärtige Amt veröffentlicht umfangreiche Informationen zu allen Staaten der Welt. Zum Beispiel Reise- und Sicherheitshinweise oder Reisewarnungen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Internetadresse www.auswaertiges-amt.de.

Jahrestag

Der Jahrestag ist der Tag, an dem sich der vereinbarte Versicherungsbeginn Ihres Vertrages jährt. Wenn die Versicherung z. B. am 01.05. eines Jahres beginnt, ist der 01.05. eines jeden folgenden Jahres der Jahrestag.

Pflegearten

Es gibt verschiedene Arten, wie Sie sich im Falle der Pflegebedürftigkeit pflegen lassen können. Art und Umfang der Leistungen werden in SGB XI, § 4 Abs. 1 und 2 beschrieben. Den genauen Wortlaut finden Sie im Anhang unter Ziffer 8 dieses Tarifblatts.

Ambulante Pflege (häusliche Pflege)

Ambulante Pflege liegt vor, wenn die Pflege der versicherten Person zuhause entweder durch Laienpfleger (z.B. durch Ehepartner oder Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird und keine stationäre oder teilstationäre Pflegeleistungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen in Anspruch genommen werden. Zur ambulanten Pflege zählen auch Wohngruppen.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung ausgebildeter Pflegefachkräfte ganztägig untergebracht und gepflegt werden.

Teilstationäre Pflege

Die versicherte Person ist nur tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende vollstationäre Pflege in Situationen, in denen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Textform

Das bedeutet, dass Sie eine Erklärung schriftlich abgeben müssen, aber – im Gegensatz zur Schriftform – keine eigenhändige Unterschrift notwendig ist, z.B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unverzüglich

Das bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Wartezeit

Als Wartezeit wird der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn mit Beitragszahlung und Beginn des eigentlichen Versicherungsschutzes bezeichnet. Während der Wartezeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

9 Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung

9.1 Häusliche und vollstationäre Pflege

§ 71 Pflegeeinrichtungen

- (1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.
- (2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:
 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
 2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.
- (3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als
 1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
 2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 3. Altenpflegerin oder Altenpflegereine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht

ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

- (4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.

9.2 Teilstationäre Pflege

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

9.3 Kurzzeitpflege

§ 42 Kurzzeitpflege

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
 1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.