

## 2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

### Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTB03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

#### 2.1 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit)

##### Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

#### 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

##### 2.2.1 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung von Pflegetagegeld erfüllt sein (Zuordnung zu einem Pflegegrad)?
- 2.2.1.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen?
- 2.2.1.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit?
- 2.2.1.4 Nach welchen Pflegearten unterscheiden wir und wer muss die Pflege erbringen?
- 2.2.1.5 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
- 2.2.1.6 Ab wann zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
- 2.2.1.7 In welchen Fällen zahlen wir ein Pflegetagegeld weiter?
- 2.2.1.8 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir das nach diesem Tarif versicherte Pflegetagegeld nach den folgenden Regelungen.

##### 2.2.1.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung von Pflegetagegeld erfüllt sein (Zuordnung zu einem Pflegegrad)?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie meinen, dass die →versicherte Person pflegebedürftig ist. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Wir zahlen das tarifliche Pflegetagegeld, wenn die versicherte Person anhand ihrer Pflegebedürftigkeit einem der 5 Pflegegrade gemäß § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugeordnet worden ist (Pflegebedürftige eines Pflegegrads).

##### (1) Ermittlung des Pflegegrads

Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird nach den Vorgaben von § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ermittelt.

Dabei sind auch die Kriterien aus § 15 Absatz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu berücksichtigen.

Es gilt ein pflegefachlich begründetes Begutachtungsinstrument. Dabei werden Einzelpunkte für die Kriterien der 6 Bereiche nach § 14 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vergeben. Die gewichteten Einzelpunkte aller Bereiche werden zu Gesamtpunkten addiert. Auf dieser Basis wird die →versicherte Person folgenden 5 Pflegegraden zugeordnet:

##### a) Pflegegrad 1

Die →versicherte Person hat geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

##### b) Pflegegrad 2

Die →versicherte Person hat erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

##### c) Pflegegrad 3

Die →versicherte Person hat schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

##### d) Pflegegrad 4

Die →versicherte Person hat schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

##### e) Pflegegrad 5

Die →versicherte Person hat schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Nach § 15 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) gilt eine Besonderheit für Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen. Wenn diese Personen einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können sie aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden. Das gilt auch dann, wenn ihre Gesamtpunkte die für diesen Pflegegrad erforderlichen Gesamtpunkte nicht erreichen.

##### (2) Besonderheiten bei der Zuordnung von Kindern

Es gelten die Regelungen nach Absatz 1 mit folgenden Besonderheiten:

##### a) Pflegebedürftige Kinder

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

##### b) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Absatz 7 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

##### 2.2.1.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen?

##### (1) Feststellungen durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung (Grundsatz)

Wenn die →versicherte Person Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt worden sind, sind für uns die dort getroffenen Feststellungen über

- den Eintritt,

- den Grad und
  - die Fortdauer
- der Pflegebedürftigkeit maßgebend. In diesem Fall genügt uns die Vorlage entsprechender Nachweise.

### **(2) Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung**

#### **a) Unser Überprüfungsrecht (Grundsatz)**

Soweit eine Feststellung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung nach Absatz 1 fehlt, müssen

- der Eintritt,
- der Grad und
- die Fortdauer

der Pflegebedürftigkeit von einem von uns beauftragten Arzt oder dem von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung festgestellt werden.

Die Untersuchung erfolgt bei der →versicherten Person zu Hause. Sie kann auch außerhalb davon erfolgen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen anderenfalls nicht möglich sind.

#### **b) Unser Recht zur wiederholten Prüfung**

Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:

- die dort getroffenen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

#### **2.2.1.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit?**

Die Kosten der Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 tragen wir.

Etwas anderes gilt jedoch, wenn Sie innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten erneut den Eintritt eines Versicherungsfalls behaupten, ohne dass wir unsere Leistungspflicht anerkennen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten der Untersuchungen tragen.

#### **2.2.1.4 Nach welchen Pflegearten unterscheiden wir und wer muss die Pflege erbringen?**

Wir zahlen das Pflegetagegeld nach diesem Tarif für häusliche, teil- und vollstationäre Pflege. Diese Pflegearten und ihre Leistungserbringer zeichnen sich wie folgt aus:

##### **(1) Häusliche Pflege und ihre Leistungserbringer**

###### **a) Häusliche Pflege**

Die häusliche Pflege wird auch als ambulante Pflege bezeichnet. Bei ihr wird die →versicherte Person zu Hause gepflegt. Als ihr zu Hause gelten:

- Die Wohnung oder das Haus, in dem die versicherte Person lebt.
- Ein Seniorenheim oder eine andere Einrichtung, in der sie wohnt.

###### **b) Erbringer der häuslichen Pflege**

Die häusliche Pflege muss durch geeignete Pflegefachkräfte oder durch Pflegepersonen erbracht werden.

###### **aa) Pflegefachkraft**

Pflegefachkräfte sind geeignet, wenn sie eine Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung als Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert haben.

###### **bb) Pflegeperson**

Die häusliche Pflege kann auch durch eine Pflegeperson erbracht werden. Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig

einen Pflegebedürftigen pflegen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer).

##### **(2) Teil- und vollstationäre Pflege in Pflegeheimen**

###### **a) Teilstationäre Pflege**

Die →versicherte Person ist nur tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht. Sie wird dort außerdem nur in diesen Zeiten gepflegt.

###### **b) Vollstationäre Pflege**

Die →versicherte Person ist ganztägig in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht. Sie wird dort während der gesamten Zeit gepflegt. Hierzu gehört auch die vorübergehende vollstationäre Pflege in Situationen, in denen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist (Kurzzeitpflege).

###### **c) Stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim)**

###### **aa) Begriffserläuterung "stationäre Pflegeeinrichtung"**

Eine stationäre Pflegeeinrichtung verlangt folgende 2 Voraussetzungen:

- Es ist eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung.
- Dort werden Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt.

###### **bb) Keine stationären Pflegeeinrichtungen im vertraglichen Sinne**

Keine stationären Pflegeeinrichtungen im vertraglichen Sinne sind stationäre Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Das sind zum einen Krankenhäuser. Außerdem zählen hierzu sonstige stationäre Einrichtungen, bei denen einer der folgenden Zwecke im Vordergrund steht:

- Leistungen zur medizinischen Vorsorge,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft oder
- die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen.

Bei Aufhalten in diesen Einrichtungen sind wir grundsätzlich nicht leistungspflichtig für voll- oder teilstationäre Pflege. Ein Anspruch auf Leistungen wegen häuslicher Pflege (siehe Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1) ändert sich nicht. Wenn sich die →versicherte Person zudem während einer häuslichen, teil- oder vollstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung befindet, gilt zusätzlich Ziffer 2.2.1.7.

#### **2.2.1.5 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?**

##### **(1) Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege**

Die Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Der für sie festgestellte Pflegegrad nach Ziffer 2.2.1.1.
- Die Feststellung der häuslichen oder teilstationären Pflege.

Wir zahlen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 20 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 1.
- 30 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 2.
- 50 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 3.
- 80 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 4.
- 100 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 5.

Das machen wir für jeden Tag der häuslichen oder teilstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage). Wir zahlen das Pflegetagegeld außerdem in gleicher Höhe, wenn die häusliche Pflege nicht durch eine Pflegefachkraft, sondern durch eine Pflegeperson vorgenommen wird. Vergleichen Sie zu den genannten Leistungserbringern bitte auch Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1. Pflegepersonen können

danach Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer sein.

**(2) Höhe des Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege**  
Die Höhe des Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Der für sie festgestellte Pflegegrad nach Ziffer 2.2.1.1.
- Die Feststellung der vollstationären Pflege.

Wir zahlen bei vollstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 20 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 1.
- 100 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5.

Das machen wir für jeden Tag der vollstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage).

#### **2.2.1.6 Ab wann zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?**

Wir zahlen im vertraglichen Umfang monatlich rückwirkend mit Beginn folgender Zeitpunkte:

- Ab dem Tag, für den von der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung der Leistungsbeginn mitgeteilt worden ist (siehe Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1).
- Ab dem Tag, für den durch den von uns beauftragten Arzt oder medizinischen Dienst die Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist. Dies setzt voraus, dass eine Feststellung durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung fehlt (siehe Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2).

#### **2.2.1.7 In welchen Fällen zahlen wir ein Pflegetagegeld weiter?**

##### **(1) Erweiterung der Leistungszusage für häusliche und teilstationäre Pflege**

Wenn sich die →versicherte Person während einer häuslichen oder teilstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, zahlen wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe für häusliche und teilstationäre Pflege gemäß Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1 weiter. In diesem Fall besteht aber kein Anspruch auf Zahlung eines Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege.

##### **(2) Erweiterung der Leistungszusage für vollstationäre Pflege**

Wenn sich die →versicherte Person während einer vollstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, zahlen wir das Pflegetagegeld für vollstationäre Pflege in unveränderter Höhe gemäß Ziffer 2.2.1.5 Absatz 2 weiter.

Das gilt auch, wenn diese Behandlung in einer stationären Einrichtung nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfolgt. Insoweit verzichten wir auf den Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.4 Absatz 2 c) bb) Sätze 1 bis 4.

Das bedeutet auch: Wenn sich die versicherte Person in einer anderen sonstigen stationären Einrichtung nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) befindet, kann somit nur ein Anspruch auf Pflegetagegeld für häusliche Pflege nach Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1 bestehen. Mit einer anderen sonstigen stationären Einrichtung meinen wir dabei eine Einrichtung, bei der einer der folgenden Zwecke im Vordergrund steht:

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft oder
- die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen.

#### **2.2.1.8 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

### **2.2.2 Individuelle Pflegebegleitung in Deutschland**

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.2.1 Welche Grundsätze gelten für die Erbringung der individuellen Pflegebegleitung?**
- 2.2.2.2 Welche Leistungen der individuellen Pflegebegleitung erbringen wir nach diesem Tarif?**
- 2.2.2.3 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

#### **2.2.2.1 Welche Grundsätze gelten für die Erbringung der individuellen Pflegebegleitung?**

##### **(1) Zusatzleistungen zur gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung**

Die individuelle Pflegebegleitung erfolgt ergänzend zur Pflegeberatung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.

##### **(2) Personen, für die wir Leistungen erbringen**

Wir erbringen die Leistungen gegenüber

- der →versicherten Person,
- nahen Angehörigen gemäß § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) - wie zum Beispiel Eltern, Groß- oder Schwiegereltern, Ehe- oder Lebenspartner oder Kinder - und
- Pflegepersonen (siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1 b) bb)), wenn sich die individuelle Pflegebegleitung auf die versicherte Person bezieht.

Wir erbringen die Leistungen gegenüber der versicherten Person auch dann, wenn sich die individuelle Pflegebegleitung auf einen nahen Angehörigen bezieht. Bitte vergleichen Sie zum Begriff "naher Angehöriger" Satz 1.

##### **(3) Leistungsbeschränkung auf Deutschland**

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erbringen wir die Leistungen ausschließlich in Deutschland und sie beziehen sich auf Pflegeleistungen und Angebote in Deutschland.

#### **2.2.2.2 Welche Leistungen der individuellen Pflegebegleitung erbringen wir nach diesem Tarif?**

##### **(1) Unser Beratungsangebot telefonisch oder vor Ort**

###### **a) Ort der Leistungserbringung**

Wir erbringen unsere Leistungen während der gesamten Vertragsdauer

- telefonisch oder
- auf Wunsch bei der →versicherten Person oder dem nahen Angehörigen zu Hause.

###### **b) Unser Leistungsangebot**

Wir bieten folgende Leistungen:

- Wir beraten über Pflegeleistungen verschiedener Träger, wie zum Beispiel der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung und der Sozialhilfe.
- Wir unterstützen bei der Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Außerdem beraten wir über, nennen und vermitteln:

- Pflegeleistungen, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 2 c)), Einrichtungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege. Diese Leistungen erbringen wir innerhalb von 24 Stunden nach der Anfrage.
- Pflegeschulungen für Pflegepersonen (siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1 b) bb)) der versicherten Person oder des nahen Angehörigen.

- Informationen zur Prävention (zum Beispiel Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung).
- Demenzberatung.
- Psychosoziale Beratung und Begleitung.
- Angebote von Selbsthilfegruppen, psychologischen Einrichtungen, Verbänden oder sonstigen Institutionen im Gesundheitswesen.
- Wohnumfeldberatungen.
- behindertengerechte Umgestaltung von Fahrzeugen.

## (2) Weitere rein telefonische Beratungen

Wir beraten über, nennen und vermitteln außerdem während der gesamten Vertragsdauer telefonisch:

- Assistenzleistungen, wie zum Beispiel Erledigung von Einkäufen und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Unterbringung von Haustieren, Gartenpflege und Schneeräumdienst.
- Angebote im Bereich Freizeit, Bildung und Reise.

### 2.2.2.3 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

## 2.2.3 Haus-Notruf-Service in Deutschland

### 2.2.3.1 Welche Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System ersetzen wir?

#### (1) Versicherte Leistungen

##### a) Unser Aufwendungsersatz

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- ein Haus-Notruf-System. Dies umfasst die Aufwendungen für ein Haus-Notruf-Gerät samt Sender und für die Notruf-Hotline.
- den Schlüssel- und Einsatzdienst.

Das setzt voraus:

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig. Bitte vergleichen Sie zu diesem Begriff Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.
- Das System ist von einem Träger der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung anerkannt. Das ist jeder Träger der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.
- Das Haus-Notruf-Gerät und der Sender werden außerdem in der deutschen Wohnung der versicherten Person eingerichtet. Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt in diesem Fall nicht.

##### b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz der Aufwendungen ist auf höchstens 30 Euro pro →versicherte Person und Monat begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

#### (2) Vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung

Wenn für die →versicherte Person aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen für ein Haus-Notruf-System besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

### 2.2.3.2 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

## 2.2.4 Weltweiter Versicherungsschutz (Automatische Fortsetzung mit besonderen Regelungen)

Inhalt dieses Abschnitts:

### 2.2.4.1 Was bedeutet "weltweiter Versicherungsschutz"?

### 2.2.4.2 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

### 2.2.4.3 Was gilt für unsere Rechte, um die Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen?

### 2.2.4.4 Wo finden die Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit statt?

### 2.2.4.5 Welche Einschränkungen bestehen für unsere Kostentragung bei Untersuchungen?

### 2.2.4.1 Was bedeutet "weltweiter Versicherungsschutz"?

#### (1) Grundsätzlicher Geltungsbereich

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person

- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
  - in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
  - in der Schweiz
- aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

#### (2) Automatischer Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)

Wenn sich die →versicherte Person

- vorübergehend oder dauerhaft
  - in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs
- aufhält,

setzt sich der Vertrag automatisch fort (weltweiter Versicherungsschutz). Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert von uns verlangen. Für den weltweiten Versicherungsschutz gelten aber die besonderen Regelungen nach Ziffer 2.2.4.

#### (3) Leistungen auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit

Wir erbringen die Tarifleistungen auch, wenn die Pflegebedürftigkeit bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts besteht.

Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit eintritt.

### 2.2.4.2 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

#### (1) Maßgebliche Versicherungsbedingungen

Ab Beginn des Auslandsaufenthalts außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs sind die Regelungen nach Ziffer 2.2.4 einschlägig.

Es gelten außerdem die Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) und die Tarifbedingungen, soweit sie nicht durch die Regelungen in den Ziffern 2.2.4.2 bis 2.2.4.5 geändert werden.

#### (2) Unveränderter Versicherungsschutz

Die Regelung in Absatz 1 bedeutet vor allem, dass wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe zahlen (siehe dazu Ziffer 2.2.1.5). Entsprechendes gilt zum Beispiel auch für die Regelungen zur Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung (Ziffer 2.4) oder über Tagessatzerhöhungen (Ziffer 2.5). Diese gelten ebenfalls unverändert.

### 2.2.4.3 Was gilt für unsere Rechte, um die Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen?

Auch bei einem weltweiten Versicherungsschutz dürfen wir wie folgt die Leistungsvoraussetzungen überprüfen:

#### (1) Unser Recht zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen (Grundsatz)

Die Fälligkeit der Versicherungsleistungen richtet sich nach Ziffer 1.2.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Wir behalten

uns vor, die Erhebungen nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein jederzeit vorzunehmen.

**(2) Besonderheiten bei Überprüfungen zur Pflegebedürftigkeit**  
Wenn wir Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit überprüfen lassen wollen, gilt Folgendes:

Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:

- die dort getroffenen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

#### 2.2.4.4 Wo finden die Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit statt?

##### (1) Untersuchungen im Aufenthaltsland (Grundsatz)

Der Ort der Untersuchung richtet sich nach Ziffer 2.2.1.2. Danach finden Untersuchungen zu Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit grundsätzlich im Aufenthaltsland der →versicherten Person statt. Wenn durch die Untersuchungen Mehrkosten entstehen, müssen Sie diese tragen (siehe Ziffer 2.2.4.5 Absatz 1).

##### (2) Besonderheit: Untersuchungen in Deutschland

Sie können von uns verlangen, dass die Untersuchung abweichend von Absatz 1 in Deutschland durchgeführt wird.

Die damit zusammenhängenden Reisekosten übernehmen wir nicht (siehe Ziffer 2.2.4.5 Absatz 2).

#### 2.2.4.5 Welche Einschränkungen bestehen für unsere Kostentragung bei Untersuchungen?

##### (1) Untersuchungen im Aufenthaltsland

Nach Ziffer 2.2.1.3 tragen wir grundsätzlich die Kosten für Untersuchungen im Aufenthaltsland der →versicherten Person.

Unsere Kostentragung nach Satz 1 ist aber in folgendem Fall eingeschränkt:

- Die Untersuchung im Aufenthaltsland führt zu Mehrkosten.
- Mehrkosten sind die Kosten, die höher sind als jene Kosten, die für eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt oder den von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung innerhalb Deutschlands entstanden wären (Grundkosten).

Dann tragen Sie die Mehrkosten und wir übernehmen die Grundkosten.

##### (2) Untersuchungen in Deutschland

Wenn nach Ziffer 2.2.4.4 Absatz 2 eine Untersuchung innerhalb Deutschlands gewünscht wird, tragen wir die Untersuchungskosten. Wir ersetzen aber nicht die Aufwendungen, die für die Reise der →versicherten Person zu und von der Untersuchung entstehen.

## 2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

### In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird

und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

## 2.4 Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung

### Unter welchen Voraussetzungen sind Sie von der Beitragspflicht befreit?

#### (1) Voraussetzungen der Beitragsbefreiung

Sie müssen keinen Beitrag für die →versicherte Person zahlen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Bitte vergleichen Sie Ziffer 2.2.1.1 Absatz 1.
- Für sie besteht außerdem ein Anspruch auf Pflegegeld-Zahlung nach diesem Tarif.

#### (2) Beginn und Ende der Beitragsbefreiung

Die Beitragsbefreiung gilt rückwirkend. Sie beginnt zum Ersten des Monats, in dem unsere Leistungspflicht für den Pflegegrad 5 nach diesem Tarif besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Ihr Anspruch für die →versicherte Person nach diesem Tarif auf Pflegegeld nach Pflegegrad 5 entfällt. Das gilt auch, wenn eine Herabsetzung auf Pflegegrad 4, 3, 2 oder 1 erfolgt.

## 2.5 Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.5.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?
- 2.5.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?
- 2.5.3 Welche Reichweite haben die Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes?

#### 2.5.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?

##### (1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

Solange die →versicherte Person noch nicht 70 Jahre alt ist, erhöhen wir planmäßig den für sie versicherten Tagessatz wie folgt:

- alle 36 Monate,
- um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 5 Euro), jedoch um mindestens 5 Euro.

Für die planmäßige Erhöhung müssen jeweils folgende 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person ist in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert gewesen. Sie ist nicht mit Anspruch auf Leistungen versichert gewesen, wenn dieser Tarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist oder ruht.
- Außerdem haben Sie den Tagessatz in dieser Zeit nicht geändert. Eine Änderung des Tagessatzes liegt auch vor, wenn Sie

diesen über eine Nachversicherungsoption nach Ziffer 2.5.2 erhöht haben.

Wir verzichten bei der planmäßigen Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

### **(2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung**

Wir werden Sie in jedem Jahr, in dem für die →versicherte Person eine planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 erfolgt, in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) im Voraus über

- den erhöhten Tagessatz,
- den nach der Erhöhung maßgeblichen Beitrag,
- den Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam wird, sowie
- die Frist, innerhalb derer der planmäßigen Erhöhung für die versicherte Person widersprochen werden kann, informieren.

### **(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung**

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

### **(4) Ihr Widerspruchsrecht**

Sie können der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

- für alle davon betroffenen →versicherten Personen,
- zum Ende des Monats, der dem Monat folgt, in dem die planmäßige Erhöhung wirksam wird, rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung

→schriftlich widersprechen. Wir weisen Sie auf die Folgen des Fristablaufs in unserer vorherigen Information nach Absatz 2 hin.

### **(5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung**

#### **a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht**

Wenn Sie 3 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die →versicherte Person widersprechen, erlischt insoweit das Recht auf Teilnahme an zukünftigen planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes.

Wir werden Sie mit der Information über die planmäßige Erhöhung des Tagessatzes im Voraus auf die Folgen eines Widerspruchs nach Satz 1 hinweisen. Das machen wir, wenn Sie unmittelbar zuvor 2 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die versicherte Person widersprochen haben.

#### **b) Neubegründung des Rechts**

Wenn das Recht auf Teilnahme an künftigen planmäßigen Erhöhungen nach Absatz a) Satz 1 erloschen ist und nachträglich für die →versicherte Person eine Erhöhung des Tagessatzes mit Gesundheitsprüfung vorgenommen wird, wird das Recht auf planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 neu begründet.

## **2.5.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?**

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes zu verlangen (Nachversicherungsoptionen).

### **(1) Anlässe für eine Tagessatzerhöhung**

#### **a) Abschluss von Berufsausbildung oder Studium**

Die →versicherte Person

- ist noch keine 39 Jahre alt und
- hat eine Berufsausbildung oder ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erfolgreich abgeschlossen.

Erfolgreich ist ein Abschluss, wenn die versicherte Person die Abschlussprüfung bestanden hat. Der Abbruch der Ausbildung oder des Studiums stehen einem Abschluss nicht gleich.

Die Erhöhung des Tagessatzes ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

### **b) Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes**

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und für sie ändert sich wie folgt die Absicherung über die Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes:

- Der Anspruch auf Beihilfe entfällt vollständig oder sie gilt nicht mehr als berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Der neue Tagessatz wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Absicherung der versicherten Person im Sinne der Sätze 1 und 2 weggefallen ist.

### **c) Kauf einer Immobilie**

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und nimmt ein Darlehen auf, um eine Immobilie zu kaufen. Sie will die Immobilie nach dem Kauf selbst zum Wohnen nutzen und der Kaufpreis beträgt mindestens 100.000 Euro.

Die Erhöhung des Tagessatzes ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

### **d) Weitere persönliche Anlässe**

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und es ereignet sich Folgendes:

- ihr leibliches Kind wird geboren oder sie adoptiert ein minderjähriges Kind.
- ihr leibliches Kind oder ihr Adoptivkind stirbt.
- sie heiratet oder begründet eine eingetragene Lebenspartnerschaft.
- ihre Ehe wird geschieden oder ihre eingetragene Lebenspartnerschaft wird aufgehoben.
- ihr Ehegatte oder ihr eingetragener Lebenspartner stirbt.

Jedes dieser weiteren persönlichen Ereignisse berechtigt für sich genommen zu einer Erhöhung des Tagessatzes. Sie können pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit jedoch höchstens insgesamt zweimal wegen dieser Ereignisse eine Erhöhung des Tagessatzes verlangen. Die Erhöhung wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

## **(2) Besonderheiten für Ihren Anspruch auf Tagessatzerhöhung**

### **a) Betragsmäßige Begrenzung der Tagessatzerhöhung**

Sie sind berechtigt, die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 30 Euro, zu verlangen.

### **b) 6-Monatsfrist für Ihr Erhöhungsverlangen**

Sie müssen jede Erhöhung des Tagessatzes innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass von uns verlangen.

### **c) Keine erneute Gesundheitsprüfung**

Wir verzichten bei der Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

### **(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung**

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

### **(4) Ausschluss des Rechts auf Tagessatzerhöhungen**

Eine Erhöhung des Tagessatzes ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person

- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist.

Vergleichen Sie zu diesem Begriff bitte auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

## **2.5.3 Welche Reichweite haben die Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes?**

### **(1) Reichweite von Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen**

Die Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 gelten auch für die Erhöhung des Tagessatzes nach dem folgenden Tarif:

- Sie haben bei uns einen weiteren Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen.
- Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PZTB03 für häusliche oder teilstationäre Pflege in den Pflegegraden 2, 3 und 4.
- Er enthält Regelungen zu Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen.

Das bedeutet: Eine Erhöhung nach diesen vertraglichen Regelungen umfasst nicht nur den Tagessatz nach diesem Tarif. Denn darüber hinaus erweitert sich gleichzeitig der Versicherungsschutz nach dem ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif. Im Übrigen gelten insoweit die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif.

## (2) Recht zur Erhöhung des Tagessatzes außerhalb von Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen

Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

## 2.6 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

### 2.6.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

### 2.6.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 2 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

## 2.7 Ruhenszeit der Versicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.7.1 Was bedeutet "Ruhenszeit der Versicherung"?
- 2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?
- 2.7.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?
- 2.7.4 Welche Reichweite haben die Regelungen zum Ruhenszeit der Versicherung?

### 2.7.1 Was bedeutet "Ruhenszeit der Versicherung"?

#### (1) Keine vertraglichen Rechte und Pflichten (Grundsatz)

Während der Ruhenszeit gelten für Sie und uns keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Das bedeutet insbesondere:

- Sie müssen keine Beiträge zahlen.

- Sie nehmen nicht an der Dynamisierung teil.
- Wir müssen keine Versicherungsleistungen erbringen.

Die Regelungen nach Ziffer 2.7 zum Ruhenszeit der Versicherung gelten aber unverändert. Außerdem gelten Rechte, die sich unmittelbar aus dem Gesetz (zum Beispiel Versicherungsvertragsgesetz - VVG) ergeben, auch während der Ruhenszeit.

#### (2) Besonderheiten für die Nachversicherungsoptionen

Wenn für die →versicherte Person während der Ruhenszeit ein Anlass zur Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.5.2 eintritt, gilt Folgendes:

- Sie müssen jede Ausübung der Nachversicherungsoption und Erhöhung des Tagessatzes innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass bei uns anmelden. Sie können die Erhöhung frühestens mit Wirkung zum Fortsetzungstermin nach Ziffer 2.7.3 Absatz 1 ausüben.
- Die Begrenzung der Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.5.2 Absatz 2 a) gilt auch für die Anmeldung.
- Nachdem der Vertrag im Anschluss an die Ruhenszeit fortgesetzt wird (siehe dazu bitte Ziffer 2.7.3), erhöhen wir für die versicherte Person den Tagessatz im vertraglichen Umfang.
- Sie können der Tagessatzerhöhung innerhalb von 14 Tagen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widersprechen, nachdem Sie von uns den geänderten Versicherungsschein erhalten haben.

### 2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, das Ruhenszeit der Versicherung zu verlangen.

#### (1) Anlässe für ein Ruhenszeit der Versicherung

##### a) Arbeitslosigkeit

Die →versicherte Person ist arbeitslos und hat Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

Sie können das Ruhenszeit der Versicherung wegen Arbeitslosigkeit pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit nur einmal verlangen.

Die Ruhenszeit beträgt 12 aufeinanderfolgende Monate. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhenszeitstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf von 12 Monaten.

##### b) Elternzeit

Die →versicherte Person befindet sich in Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Sie können das Ruhenszeit der Versicherung pro versicherte Person und Kind nur einmal verlangen. Sie können zwischen einer Ruhenszeit von

- 12,
- 24 oder
- 36

aufeinanderfolgenden Monaten wählen. Diese Wahl müssen Sie treffen, wenn Sie das Ruhenszeit der Versicherung verlangen.

Die Ruhenszeit beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhenszeitstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Monatszahl.

#### (2) Besonderheiten für Ihr Verlangen auf Ruhenszeitstellung

Sie müssen jedes Ruhenszeit der Versicherung

- innerhalb von 3 Monaten nach dem Anlass
- →schriftlich von uns verlangen.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen ruhend stellen wollen, müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von Ihrem Verlangen Kenntnis erlangt haben.

### (3) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung

Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen. Maßgeblich ist jeweils der Zeitpunkt Ihres Verlangens auf Ruhendstellung.

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig. Bitte vergleichen Sie zu diesem Begriff auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate. Diese 12-Monatsfrist rechnet von dem für die versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn an.

#### 2.7.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?

##### (1) Grundsätze

###### a) Fortsetzung der vertraglichen Rechte und Pflichten

Abhängig davon, aus welchem Anlass Sie das Ruhen der Versicherung verlangt haben, beträgt die Ruhenszeit 12 bis 36 Monate. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.7.2 Absatz 1.

Mit Ablauf der Ruhenszeit setzt sich der Vertrag für die →versicherte Person mit allen Rechten und Pflichten fort. Das bedeutet insbesondere:

- Sie sind ab dem Tag der Fortsetzung (Fortsetzungstermin) zur Beitragszahlung verpflichtet.
- Sie nehmen im vertraglichen Umfang an der Dynamisierung teil.
- Wir schulden die Versicherungsleistungen im vertraglichen Umfang.

Wenn der Versicherungsfall während der Ruhenszeit eingetreten ist, erbringen wir die Versicherungsleistungen erst ab dem Fortsetzungstermin.

###### b) Beitragsberechnung

Wir berechnen Ihren Beitrag wie folgt:

- Wir berücksichtigen die zum Fortsetzungstermin erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person.
- Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

##### (2) Vertragsänderungen während der Ruhenszeit

Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Für Tagessatzerhöhungen durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhenszeit angemeldet haben, gilt Ziffer 2.7.1 Absatz 2.

#### 2.7.4 Welche Reichweite haben die Regelungen zum Ruhen der Versicherung?

Ein Ruhen der Versicherung nach diesem Tarif führt auch zum Ruhen der Versicherung in folgendem Tarif:

- Sie haben bei uns einen weiteren Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen.
- Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PZTB03 für häusliche oder teilstationäre Pflege in den Pflegegraden 2, 3 und 4.
- Er enthält Regelungen zum Ruhen der Versicherung.

Das bedeutet: Ein Ruhen nach diesen vertraglichen Regelungen betrifft nicht nur die vertraglichen Rechte und Pflichten nach diesem Tarif. Denn darüber hinaus ruhen auch die vertraglichen Rechte und Pflichten nach dem ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif. Im Übrigen gelten insoweit die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif.

## 2.8 Besonderheit für die Kindernachversicherung

### Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

## 2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

### Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

#### (1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### (2) Ordentliche Kündigung

Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

#### (3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.



## Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

### 1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

#### Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

##### (1) Anzeigepflicht

###### a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

###### b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

##### (2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

###### a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und §§ 194 Absatz 1 Satz 3, 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

###### b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

##### (3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

##### (4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

##### (5) Formerfordernisse

Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

### 2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

#### 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

##### (1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

##### (2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

###### a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

###### b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

##### (3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

#### (4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

#### (5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

#### (6) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

### 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### (1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

##### a) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

##### b) Leistungsfreiheit

Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

#### (2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

### 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### (1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

#### (2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

#### (3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

#### (4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

#### (5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

### 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

#### (1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand

Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:

- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

#### (2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand

Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

#### (3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand

Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

#### (4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit

Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder

- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder
- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

### **(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags**

Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhenszeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

## **3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen**

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

### **3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**

#### **(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht**

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

#### **(2) Unser Kündigungsrecht**

Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag frist-

los kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,

- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

### **3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

## Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

### 1. Beginn des Versicherungsschutzes

#### Wann beginnt der Versicherungsschutz?

##### (1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

##### (2) Wartezeiten

Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

##### (3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalles, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

##### (4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

### 2. Versicherung für fremde Rechnung

#### Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

##### (1) Rechte aus dem Vertrag

Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

##### (2) Leistungsempfänger

Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

##### (3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn

- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,

- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

### 3. Deutsches Recht

#### Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

### 4. Zuständiges Gericht

#### Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

##### (1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

##### (2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

##### (3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

##### (4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

## 5. Verjährung

### **Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?**

#### **(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen**

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

#### **(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung**

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

## 6. Aufrechnung

### **Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?**

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

### **Alterungsrückstellung.**

Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind somit Beitragserhöhungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

### **Anwartschaftsversicherung.**

Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

### **Beobachtungseinheit.**

Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

### **Card für Privatversicherte ("AllianzCard").**

Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

### **Eintrittsalter.**

Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

### **Gruppenversicherungsvertrag.**

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

### **Karenzzeit.**

Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

### **Kollektivvertrag.**

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, ins-

besondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

### **Krankengeld.**

Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

### **Mindestversicherungsdauer.**

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

### **Obliegenheit.**

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

### **Produktgruppe UNI.**

Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

### **Risikoprüfung.**

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

### **Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.**

Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

### **Schriftform.**

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

### **schriftlich.**

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

### **schwebender Versicherungsfall.**

Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

### **substitutiv.**

Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder

Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

**technische Berechnungsgrundlagen.**

Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

**Treuhänder.**

Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

**Übertragungswert.**

Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

**versicherte Person.**

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

**Versicherungsfähigkeit.**

Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, personen-gebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

**Versicherungsnehmer.**

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.

## 2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

### Tarif Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTA03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

#### 2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

##### 2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

##### 2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) bei häuslicher und teilstationärer Pflege in den Pflegegraden 2, 3 und 4. Deshalb ist für diesen Tarif die folgende Grundabsicherung erforderlich.

#### (1) Grundabsicherung

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie bei uns als Grundabsicherung

- der Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)
- mit Anspruch auf Leistungen

abgeschlossen ist. Die versicherte Person gilt auch während einer für den Tarif der Grundabsicherung vereinbarten Ruhezeit als versicherungsfähig.

Die Grundabsicherung kann auch gleichzeitig mit dem Tarif PZTA03 abgeschlossen werden.

#### (2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

##### a) Grundsatz

Mit Wegfall der in Absatz 1 geregelten Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person.

##### b) Besondere Regelungen für die Anwartschaftsversicherung

Wenn die in Absatz 1 geregelte Eigenschaft wegfällt, weil der Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) für die →versicherte Person in Form einer →Anwartschaftsversicherung abgeschlossen wird, gilt Folgendes:

- Der Vertrag für diesen Tarif setzt sich automatisch in Form einer Anwartschaftsversicherung fort. Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert verlangen. Die Anwartschaftsversicherung beginnt gleichzeitig mit der Anwartschaftsversicherung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

#### 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

##### 2.2.1 Was bedeutet "ergänzendes Pflegetagegeld" und welche Bedeutung haben dadurch die Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)?

##### 2.2.2 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

##### 2.2.3 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

##### 2.2.4 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir das nach diesem Tarif versicherte ergänzende Pflegetagegeld nach den folgenden Regelungen. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

##### 2.2.1 Was bedeutet "ergänzendes Pflegetagegeld" und welche Bedeutung haben dadurch die Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)?

Der Tarif PZTA03 erweitert gezielt im Bereich Pflegetagegeld den Versicherungsschutz nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Deshalb sind verschiedene Regelungen aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) auch für die Leistungsvoraussetzungen und den Leistungsumfang nach diesem Tarif maßgeblich. Das bedeutet Folgendes:

#### (1) Regelungen zu den Pflegegraden

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zu den Pflegegraden gelten auch für den Tarif PZTA03.

Bitte beachten Sie aber, dass ein Leistungsanspruch nach dem Tarif PZTA03 nur besteht, wenn die →versicherte Person dem

- Pflegegrad 2,
- Pflegegrad 3 oder
- Pflegegrad 4 zugeordnet ist.

Wenn sie dagegen dem

- Pflegegrad 1 oder
- Pflegegrad 5 zugeordnet ist, besteht kein Leistungsanspruch nach dem Tarif PZTA03.

#### (2) Feststellungen zu Pflegebedürftigkeit, Pflegegraden und die Kostentragung für Untersuchungen

Die Feststellungen für die Pflegebedürftigkeit und die Pflegegrade, die wir für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) anerkennen, gelten auch für die Leistungspflicht nach dem Tarif PZTA03.

Das gilt auch für die Regelung über die Verpflichtung, die Kosten für eine Untersuchung der →versicherten Person zu tragen.

#### (3) Pflegearten und Leistungserbringer

Der Tarif PZTA03 bietet Versicherungsschutz bei

- häuslicher Pflege oder
- teilstationärer Pflege.

Es besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet.



Wie sich diese Pflegearten definieren und welche Leistungserbringer die häusliche und teilstationäre Pflege erbringen müssen, ergibt sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

#### (4) Beginn unserer Pflegetagegeld-Zahlung

Nach dem Tarif PZTA03 zahlen wir ebenfalls monatlich rückwirkend das Pflegetagegeld im vertraglichen Umfang. Ab welchen Zeitpunkten wir das machen, ergibt sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

#### (5) Unsere erweiterte Leistungspflicht

Nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zahlen wir das versicherte Pflegetagegeld in unveränderter Höhe weiter, wenn sich die →versicherte Person während der häuslichen oder teilstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung

befindet. Bitte vergleichen Sie auch dazu die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Denn in diesen Fällen zahlen wir das vertragliche Pflegetagegeld nach dem Tarif PZTA03 ebenfalls weiter.

#### (6) Versicherungsschutz nur für Pflegetagegeld

Der Tarif PZTA03 sieht die Zahlung eines Pflegetagegelds für häusliche oder teilstationäre Pflege vor. Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person dem Pflegegrad 2, 3 oder 4 zugeordnet ist.

Weitere Leistungen, die nur über die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) versichert sind, können Sie nicht nach Tarif PZTA03 verlangen.

### 2.2.2 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

#### (1) Grundsätze

Die Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Der für sie festgestellte Pflegegrad. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.2.1 Absatz 1 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).
- Die Feststellung der häuslichen oder teilstationären Pflege. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.2.1 Absatz 2 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

Wenn Sie in diesem Tarif den gleichen Tagessatz wählen wie im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), bieten wir Ihnen insgesamt aus beiden Tarifen einen Versicherungsschutz in Höhe von 100 Prozent. Das ergibt sich durch die Leistungsprozentsätze aus Absatz 2, welche die Leistungszusagen aus Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) gezielt ergänzen.

#### (2) Unsere Leistung nach diesem Tarif

Wir zahlen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 70 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 2.
- 50 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 3.
- 20 Prozent bei Zuordnung zum Pflegegrad 4.

Das machen wir für jeden Tag der häuslichen oder teilstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage).

Wir zahlen das Pflegetagegeld außerdem in gleicher Höhe, wenn die häusliche Pflege nicht durch eine Pflegefachkraft, sondern durch eine Pflegeperson vorgenommen wird. Vergleichen Sie zu den genannten Leistungserbringern bitte auch Ziffer 2.2.1 Absatz 3 sowie die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Pflegepersonen können danach Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer sein.

### 2.2.3 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

Der weltweite Versicherungsschutz, den wir Ihnen im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) bieten, besteht auch nach dem Tarif PZTA03. Das bedeutet Folgendes.

#### (1) Grundsätzlicher Geltungsbereich und weltweiter Versicherungsschutz

##### a) Grundsätzlicher Geltungsbereich

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person

- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
  - in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
  - in der Schweiz
- aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

##### b) Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)

Wenn sich die →versicherte Person

- vorübergehend oder dauerhaft
- in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs

aufhält, setzt sich der Vertrag automatisch fort (weltweiter Versicherungsschutz). Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert von uns verlangen.

#### (2) Unverändertes Leistungsversprechen

Ab Beginn des Auslandsaufenthalts zahlen wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe nach Ziffer 2.2.2.

### 2.2.4 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

## 2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Der Tarif PZTA03 beinhaltet ein ergänzendes Pflegetagegeld zur Absicherung nach Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Damit gelten auch dieselben Leistungsausschlüsse im Fall einer Pflegebedürftigkeit. Bitte entnehmen Sie der folgenden Regelung, wann wir im Tarif PZTA03 nicht leistungspflichtig sind.

#### In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

## 2.4 Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung

### Unter welchen Voraussetzungen sind Sie von der Beitragspflicht befreit?

Der Tarif PZTA03 ergänzt den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gilt auch für Ihre folgende Befreiung von der Beitragszahlung.

#### (1) Voraussetzungen der Beitragsbefreiung

Sie müssen keinen Beitrag für die →versicherte Person zahlen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Bitte vergleichen Sie hierzu Ziffer 2.2.1 Absatz 1 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).
- Für sie besteht außerdem ein Anspruch auf Pflegetagegeld-Zahlung nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

#### (2) Beginn und Ende der Beitragsbefreiung

Die Beitragsbefreiung gilt rückwirkend. Sie beginnt zum Ersten des Monats, in dem unsere Leistungspflicht für den Pflegegrad 5 nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Ihr Anspruch für die →versicherte Person nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) auf Pflegetagegeld nach Pflegegrad 5 entfällt. Das gilt auch, wenn eine Herabsetzung auf Pflegegrad 4, 3, 2 oder 1 erfolgt.

## 2.5 Regelungen zur Höhe des Tagessatzes

### 2.5.1 Begrenzung des Tagessatzes

#### Wie hoch darf der versicherte Tagessatz höchstens sein und welches Recht auf Vertragsanpassung haben wir, wenn er die Höchstgrenze übersteigt?

##### (1) Höchstgrenze des versicherbaren Tagessatzes

Der nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherte Tagessatz darf den Tagessatz nicht übersteigen, der für sie im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) versichert ist. Das gilt sowohl zu Vertragsbeginn als auch während der gesamten Vertragslaufzeit.

##### (2) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags

Wenn der Tagessatz für diesen Tarif die Höchstgrenze nach Absatz 1 übersteigt, können wir ihn auf die Höchstgrenze herabsetzen. Für die Herabsetzung ist es unerheblich, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Die Herabsetzung wird zu dem Tag wirksam, an dem der Tagessatz erstmals die Höchstgrenze nach Absatz 1 überstiegen hat. Beiträge, die Sie infolge der Herabsetzung zu viel gezahlt haben, zahlen wir an Sie zurück.

### 2.5.2 Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.5.2.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?
- 2.5.2.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?
- 2.5.2.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung des Tagessatzes zu beantragen?

#### 2.5.2.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zur planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes gelten auch für den Tarif PZTA03 und werden durch folgende Regelungen ergänzt.

##### (1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

Wenn die →versicherte Person an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) teilnimmt, erhöhen wir gleichzeitig den nach dem Tarif PZTA03 für sie versicherten Tagessatz. Bei dieser Erhöhung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Für die Erhöhung gilt Folgendes.

##### a) Berechnung der Tagessatzerhöhung

- Für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) erhöhen wir den versicherten Tagessatz um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 5 Euro), jedoch um mindestens 5 Euro.
- Der Prozentsatz, der sich aus dieser Berechnung ergibt, gilt für den Tarif PZTA03. In Höhe dieses Prozentsatzes erhöhen wir den Tagessatz für den Tarif PZTA03 (kaufmännisch gerundet auf 1 Euro).

##### b) Begrenzungen der Tagessatzerhöhung

Eine Tagessatzerhöhung erfolgt maximal bis zur Höchstgrenze nach Ziffer 2.5.1 Absatz 1.

##### (2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung

Wenn wir Sie über die Tagessatzerhöhung für Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) benachrichtigen, informieren wir Sie gleichzeitig über die Tagessatzerhöhung für den Tarif PZTA03. Bitte vergleichen Sie hierzu die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Die gleichen Informationen erhalten Sie zur Tagessatzerhöhung für diesen Tarif.

##### (3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

##### (4) Ihr Widerspruchsrecht

Sie können nicht gesondert der Tagessatzerhöhung für den Tarif PZTA03 widersprechen.

Wenn Sie aber der Tagessatzerhöhung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) widersprechen, gilt dieser Widerspruch auch für die Erhöhung im Tarif PZTA03. Bitte vergleichen Sie zu Ihrem Widerspruchsrecht die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

##### (5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung

##### a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht

Wenn Sie einer Tagessatzerhöhung 3 Mal hintereinander widersprechen, erlischt das Recht auf Teilnahme an weiteren Tagessatzerhöhungen. Näheres dazu und zu unserer dazugehörigen Informationspflicht entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

##### b) Neubegründung des Rechts

Wenn Sie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) Ihr Recht auf Teilnahme an Tagessatzerhöhungen neu begründet haben, gilt dies auch für Erhöhungen nach diesem Tarif.

#### 2.5.2.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zu Ihrem Recht auf Erhöhung des Tagessatzes (Nachversicherungsoptionen) gelten auch für den Tarif PZTA03 und werden durch folgende Regelungen ergänzt.

Wenn Sie die Erhöhung des Tagessatzes für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) verlangen, erhöhen wir gleichzeitig auch den Tagessatz für den Tarif PZTA03. Sie können die Erhöhung nicht gesondert für den Tarif PZTA03 verlangen.

### (1) Bedeutung der Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest

Sie können die Tagessatzerhöhung nur nach besonderen persönlichen Anlässen verlangen. Bei dieser Erhöhung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Zu den Anlässen zählen zum Beispiel:

- Abschluss von Berufsausbildung oder Studium.
- Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes.
- Kauf einer Immobilie.
- Weitere persönliche Anlässe, wie zum Beispiel Geburt eines leiblichen Kindes, Adoption eines minderjährigen Kindes oder Tod des Ehe- oder Lebenspartners.

Alle Anlässe und wie sich diese definieren, ergeben sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gleiche gilt für die weiteren Besonderheiten für die Erhöhung des Tagessatzes. Hierzu zählt auch die Regelung, wie sich der Beitrag für den erweiterten Versicherungsschutz berechnet.

### (2) Besonderheiten für die Berechnung der Tagessatzerhöhung

Wir berechnen die Tagessatzerhöhung für diesen Tarif nach den folgenden Regelungen.

#### a) Berechnung der Tagessatzerhöhung

- Für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) können Sie die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 30 Euro, verlangen.
- Der Prozentsatz, der sich aus dieser Berechnung ergibt, gilt für den Tarif PZTA03. In Höhe dieses Prozentsatzes erhöhen wir den Tagessatz für den Tarif PZTA03 (kaufmännisch gerundet auf 1 Euro).

#### b) Begrenzungen der Tagessatzerhöhung

Eine Tagessatzerhöhung erfolgt maximal bis zur Höchstgrenze nach Ziffer 2.5.1 Absatz 1.

#### (3) Ausschluss des Rechts auf Tagessatzerhöhung

Eine Erhöhung des Tagessatzes ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person

- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist.

Näheres entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

### 2.5.2.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung des Tagessatzes zu beantragen?

Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.2.1 und 2.5.2.2 eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

## 2.6 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

### 2.6.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

### 2.6.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 2 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

## 2.7 Ruhen der Versicherung

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zum Ruhen der Versicherung gelten auch für den Tarif PZTA03.

Wenn Sie die Versicherung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) ruhend stellen, ruht gleichzeitig auch die Versicherung nach dem Tarif PZTA03. Sie können den Tarif PZTA03 nicht gesondert ruhend stellen.

Während der Ruhenszeit gelten keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Bitte vergleichen Sie hierzu die Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

### 2.7.1 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

#### (1) Bedeutung der Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest

Sie können das Ruhen der Versicherung nur nach besonderen Anlässen verlangen. Diese Anlässe sind:

- Arbeitslosigkeit.
- Elternzeit.

Alle Anlässe und wie sich diese definieren, ergeben sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gleiche gilt für die weiteren Besonderheiten für das Ruhen der Versicherung und für die Ausübung der Nachversicherungsoptionen. Das gilt auch für die Regelungen, wie sich die Versicherung mit Ablauf der Ruhenszeit fortsetzt und wie sich der neue Beitrag berechnet.

#### (2) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung

Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate.

Näheres zu den Ausschlüssen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

### 2.7.2 Was gilt für Vertragsänderungen während der Ruhenszeit?

Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Bitte vergleichen Sie hierfür, sowie wie für Tagessatzerhöhungen durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhenszeit angemeldet haben, die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

## 2.8 Besonderheit für die Kindernachversicherung

### Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

## 2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

### Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

#### (1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### (2) Ordentliche Kündigung

Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

#### (3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

## Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

### 1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

#### Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

##### (1) Anzeigepflicht

###### a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

###### b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

##### (2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

###### a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und §§ 194 Absatz 1 Satz 3, 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

###### b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

##### (3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

##### (4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

##### (5) Formerfordernisse

Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

### 2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

#### 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

##### (1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

##### (2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

###### a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

###### b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

##### (3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

#### (4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

#### (5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

#### (6) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

### 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### (1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

##### a) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

##### b) Leistungsfreiheit

Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

#### (2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

### 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### (1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

#### (2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

#### (3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

#### (4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

#### (5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

### 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

#### (1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand

Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:

- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

#### (2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand

Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

#### (3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand

Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

#### (4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit

Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder

- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder
- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

#### **(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags**

Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhenszeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

### **3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen**

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

#### **3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**

##### **(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht**

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

##### **(2) Unser Kündigungsrecht**

Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag frist-

los kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,

- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

#### **3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

## Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

### 1. Beginn des Versicherungsschutzes

#### Wann beginnt der Versicherungsschutz?

##### (1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

##### (2) Wartezeiten

Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

##### (3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalles, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

##### (4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

### 2. Versicherung für fremde Rechnung

#### Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

##### (1) Rechte aus dem Vertrag

Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

##### (2) Leistungsempfänger

Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

##### (3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn

- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,

- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

### 3. Deutsches Recht

#### Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

### 4. Zuständiges Gericht

#### Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

##### (1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

##### (2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

##### (3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

##### (4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.



Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

## 5. Verjährung

### **Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?**

#### **(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen**

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

#### **(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung**

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

## 6. Aufrechnung

### **Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?**

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

### **Alterungsrückstellung.**

Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind somit Beitragserhöhungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

### **Anwartschaftsversicherung.**

Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

### **Beobachtungseinheit.**

Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

### **Card für Privatversicherte ("AllianzCard").**

Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

### **Eintrittsalter.**

Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

### **Gruppenversicherungsvertrag.**

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

### **Karenzzeit.**

Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

### **Kollektivvertrag.**

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, ins-

besondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

### **Krankengeld.**

Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

### **Mindestversicherungsdauer.**

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

### **Obliegenheit.**

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

### **Produktgruppe UNI.**

Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

### **Risikoprüfung.**

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

### **Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.**

Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

### **Schriftform.**

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

### **schriftlich.**

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

### **schwebender Versicherungsfall.**

Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

### **substitutiv.**

Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder

Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

**technische Berechnungsgrundlagen.**

Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

**Treuhänder.**

Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

**Übertragungswert.**

Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

**versicherte Person.**

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

**Versicherungsfähigkeit.**

Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, personen-gebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

**Versicherungsnehmer.**

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.

## Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

Die Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung gelten für die Bausteine, die Sie bei uns - Allianz Private Krankenversicherungs-AG - abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Diese setzen sich aus den Regelungen für den bei uns abgeschlossenen Baustein (Teil A) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C zusammen.

Wenn Sie den Baustein im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags oder Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherung- und Kollektivverträge. Diese finden Sie im Anschluss an die Erläuterung von Fachausdrücken.

Wenn Sie mit uns mehrere Verträge unterhalten, können für einzelne Verträge andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung nicht.

### Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben (Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein, Ziffer 2 Tarifbedingungen und - wenn vereinbart - Ziffer 3 Sonderbedingungen). Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem die besonderen Verhaltensregeln beschrieben, die in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen (besondere Obliegenheiten).

Übergreifende Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, sowie Regelungen zu den Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen finden Sie in Teil B - Private Krankenversicherung.

### Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

### Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Versicherung für fremde Rechnung
3. Deutsches Recht
4. Zuständiges Gericht
5. Verjährung
6. Aufrechnung

### Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt

werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→Schriftform"