

Tarif PA

Pflegemonatsgeldversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) mit Tarifbedingungen 2017 (TB/EPV 2017).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif PA sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) mit Leistungsanspruch versichert sind und vor Abschluss des Versicherungsvertrages noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben. Endet die gesetzliche Pflegeversicherung, so endet die Versicherung nach Tarif PA für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist vom Antragsteller bei Abschluss des Vertrages in Textform zu bestätigen. Das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

II. Wartezeit

Die Wartezeit gemäß § 3 (2) MB/EPV 2017 entfällt.

III. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Bei nachgewiesener **Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017**, für die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, wird ein Pflegemonatsgeld gezahlt, das nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt ist.

Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit nach

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	25 %
Pflegegrad 3	50 %
Pflegegrad 4	75 %
Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Monatssatzes.

Darüber hinaus besteht eine Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 (1) Nr. 2 und (2) SGB XI (siehe Anhang zu den MB/EPV 2017) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht (z. B. bei Erhalt von Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit von einem anderen Kostenträger - wie der gesetzlichen Unfallversicherung - oder u. U. für die Dauer eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsklinik oder ähnlichen Einrichtungen). § 5 (1) d) und f) MB/EPV 2017 finden keine Anwendung. Auf eine Anzeige gemäß § 9 (2) MB/EPV 2017 wird verzichtet.

Das Pflegemonatsgeld wird zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Abweichend von § 6 (1) MB/EPV 2017 und der Tarifbedingung zu § 9 (1) MB/EPV 2017 wird die Pflegemonatsgeldleistung vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. vom Beginn des Ruhens des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Pflegeversicherung im Sinne von § 34 (1) Nr. 2 und (2) SGB XI (siehe Anhang zu den MB/EPV 2017) an erbracht, wenn dem Versicherer der Antrag auf Leistung innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. des Ruhens durch die gesetzliche Pflegeversicherung zugeht. Nach Ablauf dieser Frist wird die Pflegemonatsgeldleistung vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. Die Leistungen werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 1, 1a MB/EPV 2017 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. des Ruhens in Textform nachgewiesen werden.

Bei untermonatlichem Beginn oder Ende eines Versicherungsfalls wird das Pflegemonatsgeld jeweils für den vollen Monat gezahlt. Ändert sich die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5, wird für den gesamten Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflegemonatsgeld gezahlt.

Bei erstmaligem Eintreten eines Versicherungsfalls aus Tarif PA kann auf Antrag des Versicherungsnehmers eine **Soforthilfe** in Höhe des 12-fachen Pflegemonatsgeldes gezahlt werden. Der Antrag auf Soforthilfe muss innerhalb eines Monats nach Feststellung des Versicherungsfalls durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG zugegangen sein. Die Soforthilfe wird mit den Monatsgeldleistungen verrechnet. Der Anspruch auf Zahlung des Pflegemonatsgeldes setzt nach Ablauf von 12 Monaten ein.

Nach Eintreten eines Versicherungsfalls kann auf Antrag des Versicherungsnehmers bei monatlicher Beitragszahlung eine Verrechnung der tariflichen Monatsgeldzahlung mit dem für Tarif PA zu entrichtenden Beitrag erfolgen, sofern keine Soforthilfe zu verrechnen ist.

Besteht nach Eintritt eines Versicherungsfalls unvermittelt rascher Bedarf an einer dauerhaften vollstationären Unterbringung der versicherten Person in einem Pflegeheim, so übernimmt der Assisteur des Versicherers auf Wunsch die Vermittlung eines Platzes in einem zertifizierten Pflegeheim in Deutschland innerhalb von 24 Stunden (**Pflegeplatzgarantie**).

In den ersten sechs Monaten nach Eintreten des ersten Versicherungsfalls kann eine telefonische Pflegeberatung und **Vermittlung von Assistance-Leistungen** in Anspruch genommen werden - wie z. B. Vermittlung eines qualifizierten Pflegedienstes innerhalb von 24 Stunden, Vermittlung von Hausnotrufsystemen oder von Pflegeschulungen für Angehörige, Benennung von Servicefirmen zur Wohnungsreinigung, Gartenpflege oder Schneeräumung bzw. eines Wäscheservices oder eines Menüservices. Ein Anspruch auf Kostenerstattung für die entsprechenden Assistance-Leistungen besteht nicht.

Eintritt und Fortdauer eines Pflegegrades sind durch Vorlage der entsprechenden Anerkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung nachzuweisen. Tarifbedingung d zu § 4 MB/EPV 2017 findet keine Anwendung.

Die Höhe des vereinbarten Monatssatzes wird bei der Tarifbezeichnung angegeben. Ist z. B. ein Monatssatz von 600 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung PA/600.

IV. Option auf Höherversicherung

Versicherte Personen haben neben dem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG das Recht, bei ihrer Eheschließung oder der Geburt oder Adoption eines Kindes ihren versicherten Monatssatz ohne Risikoprüfung innerhalb der tariflichen Höchstsätze um maximal 300 EUR zu erhöhen. Dieses Recht besteht einmalig auch bei Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer entsprechenden Berufsausbildung sowie bei einer Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (z. B. geänderte Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit).

Der nach der Umstellung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Anrechnung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Für den bisherigen Versicherungsschutz geltende Besondere Bedingungen haben dabei auch für den geänderten Versicherungsschutz Gültigkeit; bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/EPV 2017 angepasst.

Der Antrag auf Höherversicherung muss dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des jeweiligen Ereignisses spätestens zwei Monate nach Eintritt des Ereignisses zugehen. Im Falle einer Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung muss der Antrag spätestens zwei Monate nach der Änderung der Rahmenbedingungen eingehen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

V. Leistungsanpassung

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich die durchschnittlichen Pflegekosten mit denen, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen. Ergibt sich dabei eine Steigerung von mehr als 10 %, so wird der vereinbarte Monatssatz ohne Risikoprüfung der Kostenentwicklung angepasst und um mindestens 100 EUR angehoben. Der nach der Anpassung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Anrechnung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Für den bisherigen Versicherungsschutz geltende Besondere Bedingungen haben dabei auch für den geänderten Versicherungsschutz Gültigkeit; bestehende Risikozuschläge werden gemäß § 8a (3) MB/EPV 2017 angepasst.

Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird zu Beginn des zweiten Monats (= Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt. Eine Erhöhung des Monatssatzes entfällt rückwirkend, sofern der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, in Textform widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufs wird er bei Bekanntgabe der Leistungsanpassung ausdrücklich hingewiesen.

Macht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

VI. Beitragsanpassung

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (d. h. für Erwachsene sowie Kinder/Jugendliche) die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Bei einer Abweichung der Versicherungsleistungen um mehr als 5 % bzw. der Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als den gesetzlich festgelegten Prozentsatz werden die Beiträge für diese Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Satz 2 der Tarifbedingung zu § 8b (1) MB/EPV 2017 findet insoweit keine Anwendung.