Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Tarif FörderPflege
Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflegetagegeld)

Stand: 01.12.2019, SAP-Nr.: 332968, 12.2019
Es gelten die AVB/GEPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI erhalten.
Ruht der Vertrag für eine versicherte Person gemäß § 23 AVB/GEPV-VT, ist diese Person auch ohne Anspruch auf Pflegevorsorgezulage versicherungsfähig.

2. Nicht versicherungsfähig sind Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen oder bezogen haben oder die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 24 AVB/GEPV-VT sind auch Personen versicherungsfähig, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

3. Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

II. Versicherungsleistungen

1. Höhe des Pflegetagegeldes
In Pflegegrad 5 beträgt das Pflegetagegeld 20 Euro.
Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Leistungsumfang
Mit Eintritt der Leistungspflicht (siehe hierzu insbesondere §§ 6 und 7 AVB/GEPV-VT) wird das Pflegetagegeld in folgender Höhe gezahlt:
- in Pflegegrad 1 zu **10 %**
- in Pflegegrad 2 zu **20 %**
- in Pflegegrad 3 zu **40 %**
- in Pflegegrad 4 zu **70 %**
- in Pflegegrad 5 zu **100 %**

des vereinbarten Pflegetagegeldes.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig davon gezahlt, durch wen (Pflegefachkraft, Familienangehörige etc.) und wie (häuslich, teilstationär, stationär etc.) die Pflege durchgeführt wird.

III. Sonstiges

1. Das Pflegetagegeld wird in Vielfachen von 1 Euro versichert.

2. Der Februar wird bei der Auszahlung eines Pflegetagegeldes mit 30 Tagen angesetzt.

3. Erhalt der Förderfähigkeit bei Beitragssenkungen
Ergänzend zu § 13 AVB/GEPV-VT gilt:
Würde der vereinbarte Tarifbeitrag für eine versicherte Person durch eine Beitragsanpassung unter den Mindestbeitrag von 15 Euro monatlich (vgl. § 9 Absatz 1 AVB/GEPV-VT) sinken, erhöht der Versicherer das vereinbarte Pflegetagegeld auf denjenigen Euro-Betrag, der zum Erreichen des Mindestbeitrags nötig ist.
Der Beitrag wird an die höhere Leistung angepasst. Leistungserhöhung und Beitragsanpassung werden zum selben Zeitpunkt wirksam.
Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer über diese Änderungen. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit entfällt, mit der Folge, dass der Vertrag endet.

4. Erhalt der Förderfähigkeit bei Vollendung des 18. Lebensjahres
Ergänzend zu § 24 Absatz 4 Satz 2 AVB/GEPV-VT gilt:
Liegt der vereinbarte Tarifbeitrag zu Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, unter dem Mindestbeitrag von 15 Euro monatlich, erhöht der Versicherer das vereinbarte Pflegetagegeld, damit die versicherte Person einen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage erwerben kann. Die Regelungen der Ziffer III. 3. gelten entsprechend.

5. Wartezeit
Abweichend von § 5 AVB/GEPV-VT entfällt die Wartezeit
a) bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern sich der Unfall nach Vertragsschluss ereignet hat,
b) wenn für die versicherte Person beim gleichen Versicherer zusammen mit der Versicherung nach diesem Tarif oder später eine ergänzende Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen PflegeOPTIMAL Plus, PflegePREMIUM Plus, PflegePRIVAT Premium oder PflegePRIVAT Premium Plus abgeschlossen wird. Wird die Versicherung im Tarif PflegeOPTIMAL Plus, PflegePREMIUM Plus, PflegePRIVAT Premium oder PflegePRIVAT Premium Plus wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten oder aus sonstigen Gründen vor Ablauf der Wartezeit der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung beendet, entfällt die Wartezeit nicht.

IV. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. 18. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 18 zu zahlen.
Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 10 AVB/GEPV-VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/GEPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch

Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege

1. Zulagenberechtigung

Tarif FörderPflege wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllen Sie die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn Sie die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllen:

- Sie müssen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein.
- Sie dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben. Leistungsbezug wegen Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, falls entsprechende Leistungen ruhen, weil Sie vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, z. B. der gesetzlichen Unfallversicherung, erhalten oder in der Vergangenheit erhalten haben, oder Sie vor dem 31.12.2016 Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung wegen eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten haben.
- Bei Abschluss des Vertrages müssen Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gezahlt. Vor Abschluss des Vertrages sollten Sie daher prüfen, ob für Sie bereits geförderte ergänzende Pflegeversicherungen bestehen.
- Ihr monatlicher Eigenanteil am Beitrag muss mindestens 10 Euro betragen.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld muss in Pflegegrad 5 mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Auszahlung der Zulage und Ihre Verpflichtungen hierbei

In Höhe der staatlichen Zulage wird der Beitrag gestundet, bis die Zulage an uns gezahlt wird. Die Zulage wird also auf den Beitrag angerechnet. Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns.

Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für die versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Hilfsweise und zur Beschleunigung der Angelegenheit erlauben Sie uns für den Fall, dass Ihnen bei Antragstellung die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer nicht vorliegt, auch die Nutzung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern.

Mit dem Zulagenantrag werden aufgrund der von Ihnen erteilten Vollmacht die persönlichen Fördervoraussetzungen an die staatliche Zulagenstelle übermittelt. Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Wichtig ist auch Ihre Verpflichtung, Veränderungen in der Zulageberechtigung (vgl. Nr. 1) unverzüglich anzuzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gezahlt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten. Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.