

Tarif PflegePLUS

Ergänzungsversicherung zu Pflegegeldern

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr.: 336136 (V734), 12.2016

Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind und für die eine Pflegegeldversicherung bei der Union Krankenversicherung besteht.

2. Die Versicherung im Tarif PflegePLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung nach den Pflegegeldtarifen unter I. 1. oder die Versicherung in der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung endet.

II. Versicherungsleistungen

Abweichend von § 6 Absatz 1 der AVB und den Tarifbedingungen zu § 9 Absatz 1 der AVB besteht Leistungspflicht unabhängig von der Antragsstellung ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit mindestens im Pflegegrad 1 sowie eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit.

Ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf liegt vor, wenn nach objektivem ärztlichen Befund bei der versicherten Person in wenigsten zwei der nachstehenden Kriterien, davon mindestens einmal bei einem der Kriterien a bis i eine dauerhafte und regelmäßige Schädigung oder Fähigkeitsstörung festgestellt wird:

- a) Der geschützte Wohnbereich wird unkontrolliert verlassen (Weglauff Tendenz)
- b) Gefährdende Situationen werden verkannt oder verursacht
- c) Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen.
- d) Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- e) Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen.
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
- h) Störung der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
- i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
- j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
- k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
- l) Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliertes emotionales Verhalten
- m) Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzögertheit, Hilfslosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Für die Erstellung des ärztlichen Befundes stellt der Versicherer ein Formular zur Verfügung.

1. Betreuungsgeld

Mit Eintritt der Leistungspflicht wird ein pauschales Betreuungsgeld in Höhe von 200 Euro pro Monat gezahlt.

Der monatliche Betrag wird auch dann in voller Höhe gezahlt, wenn die Leistungspflicht nach dem Ersten eines Monats beginnt oder vor dem Monatsende endet.

2. Beitragsfreistellung

Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt. Die Beitragsfreistellung beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

III. 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 Geschlecht und 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. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/EPV-VT.

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das monatliche Betreuungsgeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.

Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des Betreuungsgeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei der versicherten Person liegt kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf vor.
- Das Betreuungsgeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.

Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des monatlichen Betreuungsgeldes beträgt 5 Euro oder ein Vielfaches davon. Die sich aus dem Anpassungssatz ergebende Erhöhung des versicherten monatlichen Betreuungsgeldes wird auf den nächst höheren durch fünf teilbaren Betrag gerundet.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Betreuungsgeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Betreuungsgeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, in Textform widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung wird eine nach § 150 Absatz 3 VAG mögliche Leistungserhöhung vorgenommen.