

Tarif PflegePRIVAT

Ergänzungsversicherung zu Pflegetagegeldern

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr.: 336139 (V735), 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 Pflegetagegeldversicherung bei der Union Krankenversicherung besteht.

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

II. Versicherungsleistungen

1. 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 von Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit. Dabei wird die von der Pflegepflichtversicherung vorgenommene Zuordnung zugrunde gelegt.

Abweichend hiervon können Leistungen nach II. 4. b bereits ab Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages in Anspruch genommen werden.

2. Die Auskünfte und Vermittlungen nach II. 3. b, 4. a und 4. b beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

3. Geldleistungen

a) Leistung bei Inanspruchnahme der Pflegezeit

Nehmen nahe Angehörige (§ 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz *) der versicherten Person zur Pflege der versicherten Person Pflegezeit gemäß § 44 a Absatz 1 SGB XI in Anspruch, erhält die versicherte Person für die Dauer dieser Pflegezeit eine Leistung in Höhe von **500 Euro** pro Monat für insgesamt maximal 6 Monate.

Der monatliche Betrag wird anteilig gezahlt, wenn die Leistungspflicht nach dem Ersten eines Monats beginnt oder vor dem Monatsende endet.

Die Pflegezeit kann auf unterschiedliche Zeitabschnitte sowie mehrere nahe Angehörige aufgeteilt werden.

Zur Inanspruchnahme dieser Leistung ist die Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung der versicherten Person bis spätestens einen Monat nach Beendigung der Pflegezeit beim Versicherer einzureichen. Wird die Pflegezeit unterbrochen oder vorzeitig beendet, ist der Versicherer unverzüglich zu informieren.

b) Kinderbetreuung

Der Versicherer organisiert einmalig die Betreuung von Kindern der versicherten Person und/oder der Pflegeperson der versicherten Person innerhalb von 24 Stunden für die maximale Dauer von 48 Stunden. Die 24 Stunden zählen ab der Anfrage einer Kinderbetreuung beim Versicherer.

Die Kinderbetreuung wird für Kinder im Alter von 0 – 14 Jahren organisiert.

Der Versicherer zahlt einmalig eine Pauschale in Höhe von **250 Euro** pro Kind der versicherten Person und/oder der Pflegeperson der versicherten Person. Die einmalige Pauschale pro Kind ist auf eine Pflegeperson der versicherten Person beschränkt.

Die einmalige Pauschale wird für Kinder im Alter von 0 – 14 Jahren gezahlt.

Die einmalige Pauschale kann nur gleichzeitig für alle begünstigten Kinder in Anspruch genommen werden.

Kann die Organisation der Kinderbetreuung nicht innerhalb von 24 Stunden durch den Versicherer sichergestellt werden, wird als Ersatzleistung die einmalige Pauschale in Höhe von **250 Euro** auf **300 Euro** pro Kind des Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson erhöht.

c) Einmalzahlung

Beim erstmaligen Eintritt in einen der versicherten Pflegegrade leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe von **1.000 Euro**.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt für diese Einmalzahlung die Wartezeit.

4. Benennungs- und Vermittlungsleistungen

a) Haustierbetreuung

Der Versicherer benennt und vermittelt Betreuungsdienste zur Unterbringung und Versorgung von Haustieren der versicherten Person.

b) Der Versicherer benennt

- Ansprechpartner zu den Themen Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht sowie Testamentsgestaltung,
- fachspezifische Anwälte in der Nähe des Versicherten.

Der Versicherer stellt Informationen einschließlich Musterformularen zu den Themen Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht sowie Testamentsgestaltung zur Verfügung.

5. Beitragsfreistellung

Ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 endet. 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. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung wird eine nach § 150 Absatz 3 VAG mögliche Leistungserhöhung in dem Pflegetagegeldtarif vorgenommen, der die Versicherungsfähigkeit des Tarifs PflegePRIVAT gemäß I. 1. bedingt.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung
SGB XI Sozialgesetzbuch Elftes Buch

SGB XI § 44a Absatz 1

Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem

privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

* Nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz sind:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Wir sind rund um die Uhr unter der Service-Nummer (0211) 536 – 3708 oder per E-Mail unter Service_Medizin@oerag.de für Sie erreichbar.