

Ihr Partner fürs Leben.

ALTE OLDENBURGER 

Private Krankenversicherung

Pflegetagegeld

Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten
oder sozialen Pflegepflichtversicherung

PflegeSchutz

PflegeSchutz

Pflegetagegeld

Ergänzende Pflegetagegeldversicherung

PflegeSchutz

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Teil I Musterbedingungen 2017 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

A Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei Vertragsabschluss in der deutschen Pflegepflichtversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind.

Neben dem Tarif PflegeSchutz darf für eine versicherte Person keine weitere Pflegetagegeldversicherung bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestehen oder abgeschlossen werden. Das gilt nicht für den Tarif Pflege Bahr.

B Leistungen des Versicherers

1. Pflegetagegeld

Gezahlt wird das vereinbarte Pflegetagegeld in der Leistungskomponente

PflegeSchutz 5 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5

PflegeSchutz 4 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4

PflegeSchutz 3 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3

PflegeSchutz 2 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2

PflegeSchutz 1 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1

2. Höhe der Leistung

a.) Die Leistungskomponenten können nur in den folgenden Kombinationen bestehen:

· PflegeSchutz 5

· PflegeSchutz 5 + PflegeSchutz 4

· PflegeSchutz 5 + PflegeSchutz 4 + PflegeSchutz 3

· PflegeSchutz 5 + PflegeSchutz 4 + PflegeSchutz 3 + PflegeSchutz 2

· PflegeSchutz 5 + PflegeSchutz 4 + PflegeSchutz 3 + PflegeSchutz 2 + PflegeSchutz 1

b.) **Das vereinbarte Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad darf nicht höher sein als das vereinbarte Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit nach einem höheren Pflegegrad. Dies gilt auch bei Erhöhung einzelner Leistungskomponenten durch Dynamiken.**

c.) Die Voraussetzungen nach b.) können auch durch eine Tarifkombination mit dem Tarif Pflege Bahr der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG erfüllt werden.

Entfällt der Tarif Pflege Bahr und entsteht durch diesen Wegfall in Leistungskomponenten des Tarifes PflegeSchutz eine Situation, in der die Voraussetzungen nach b.) nicht mehr gegeben sind, erhöht der Versicherer die betroffene Leistungskomponente soweit, dass sie das Niveau der Leistungskomponente erreicht, die den davorliegenden höher abgesicherten Pflegegrad bedient.

3. Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Definition, Voraussetzung und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit ergeben sich aus § 1a MB/EPV 2017.

Die Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistungen ergeben sich aus § 6 MB/EPV 2017 und den dazugehörigen Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG.

Wird ein durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit innerhalb von 6 Monaten nach Erstellung vorgelegt, werden die Leistungen abweichend von § 6 Abs. 1 MB/EPV 2017 ab dem Zeitpunkt erbracht, der auch von der deutschen Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt wird.

Hat der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland, hat er sich wegen der Einstufung bzw. Überprüfung der Pflegebedürftigkeit von einem vom Versicherer beauftragten Gutachter untersuchen zu lassen. Die Beauftragung wird in der Regel an einen in Deutschland ansässigen Gutachter erfolgen. Die Mehrkosten einer Begutachtung im Ausland (u.a. Reisekosten) sind vom Versicherten zu tragen.

Ändert sich der Pflegegrad, so ändert sich das zu zahlende Pfl egetagegeld ab dem Zeitpunkt der Feststellung entsprechend.

4. Assistenzleistungen

Nach Eintritt des Versicherungsfalles hat die versicherte Person – sofern die Assistenzleistung in Deutschland durchgeführt wird – Anspruch auf:

- Vermittlung von Reha-Diensten und -Kliniken sowie Pflegeheimplätzen
- Vermittlung von examinierten Krankenschwestern und -pflegern, staatlich anerkannten Altenpflegern und Pflegehelfern bzw. Unternehmen, die die Leistungen der ambulanten Grundpflege zur Verfügung stellen
- Vermittlung von Kooperationspartnern zur Verrichtung der allgemein anfallenden Tätigkeiten im Haushalt
- Vermittlung an einen Dienstleister (Compass) für telefonische Informationsleistungen zu Pflege Themen, wie z. B. Fragen rund um die Pflegeversicherung, Hilfestellung zu Antragsverfahren und Finanzierungen sowie Leistungen im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation
- Vermittlung von Dienstleistern zur 24-Std.-Betreuung durch Fachpersonal in der Wohnung oder dem Haus der versicherten Person
- Vermittlung von Kooperationspartnern zur Besorgung von Einkäufen (ausschließlich Gegenstände des täglichen Bedarfs)
- Vermittlung einer Kinderbetreuung für bis zu 48 Std. (Kinder unter 16 Jahren), wenn Kinder infolge einer Notsituation nicht länger betreut werden können
- Vermittlung von Fahrdiensten
- Vermittlung von Kooperationspartnern zur Anlieferung einer täglichen Hauptmahlzeit
- Vermittlung von Unternehmen, die Hausnotrufdienste, einschließlich technischer Bereitstellung des medizinischen Hausnotrufdienstes (inkl. Schlüsselverwaltung) anbieten
- Vermittlung von Architekten zur bedarfsorientierten und behindertengerechten Umgestaltung des Wohnraumes
- Benennung von Betreuungsdiensten zur Unterbringung und Versorgung von Haustieren

Versicherungsschutz besteht nur für die Vermittlung bzw. Benennung, nicht aber für die Bezahlung der vermittelten bzw. benannten Leistung.

5. Einmalleistung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person erstmalig pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2), wird zusätzlich zum Pfl egetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 30-fachen Tagessatzes aus der Leistungskomponente des festgestellten Pflegegrades gezahlt. Der Anspruch auf Einmalleistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Ihre Service-Hotline
für Assistenzleistungen:
0 44 41/905-44 45

6. Wartezeit

Wartezeiten bestehen nicht.

7. Ordentliches Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8. Leistungspflicht im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie die Schweiz.

Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen in Satz 1 genannten Staat, so hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Fortsetzung des Vertrages.

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in einem anderen als Satz 1 genannten Staat, besteht für die Dauer von bis zu 6 Wochen ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

9. Leistungspflicht bei vollstationärer Behandlung

Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sowie einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung, solange ein Leistungsanspruch in der deutschen Pflegepflichtversicherung unverändert fortbesteht bzw. fortbestehen würde.

10. Leistungspflicht bei Suchterkrankung

Ist die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten, so bleibt die Leistungspflicht in Abweichung von § 5 Abs. 1 b) MB/EPV 2017 bestehen.

C. Dynamisierung

Alle drei Jahre, erstmals im 3. Quartal 2020, wird das vereinbarte Pflegeetagegeld – unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist – entsprechend der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherpreisindex für Deutschland der letzten drei Jahre erhöht und der Beitrag entsprechend angepasst. Ist die Veränderung des Verbraucherpreisindex für Deutschland negativ, so erfolgt keine Senkung des vereinbarten Pflegeetagegeldes.

Voraussetzungen für die Teilnahme an der Dynamisierung sind:

- die versicherte Person vollendet im Kalenderjahr der Dynamisierung mindestens das 20. Lebensjahr aber höchstens das 70. Lebensjahr,
- der Versicherungsbeginn für den Tarif PflegeSchutz liegt nicht im Kalenderjahr der Dynamisierung,
- die Tagegeldhöhe wurde im Kalenderjahr der Dynamisierung, auch für die Zukunft nicht verändert,
- der Tarif PflegeSchutz besteht ungekündigt.

Sobald in einer Leistungskomponente ein Tagessatz von 150,00 EUR erreicht wird, entfällt der Anspruch auf weitere Dynamisierungen für alle Leistungskomponenten.

Eine Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Tagessatz und wird auf den nächsten vollen Euro aufgerundet.

Der Höchstbetrag von 150,00 EUR kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§ 155 VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Die Dynamisierung wird dem Versicherungsnehmer mitgeteilt. Sie wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.

Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des erhöhten Beitrags widersprechen.

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Erhöhung an zwei aufeinanderfolgenden Dynamisierungen, so erlischt der Anspruch auf künftige Dynamisierungen nach dieser Vorschrift. Eine erneute Teilnahme kann allerdings über eine Gesundheitsprüfung mit Zustimmung des Versicherers zugelassen werden.

Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte Besondere Bedingungen gelten auch für den höheren Versicherungsschutz.

Einzelheiten zur Anpassung sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

D. Anwartschaftsversicherung**1. Abschluss**

Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung ist unter den Voraussetzungen des Abschnittes B.2.a.) für die Leistungskomponenten PflegeSchutz 1, PflegeSchutz 2, PflegeSchutz 3 sowie PflegeSchutz 4 möglich.

2. Leistungsinhalt

Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird das Recht erworben, die in Anwartschaft gestellten Leistungskomponenten mit der vereinbarten Höhe des Pfl egetagegeldes in Kraft zu setzen. Während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherte hinsichtlich der in Anwartschaft gestellten Leistungskomponenten leistungsfrei. Ab dem Umwandlungstermin wird der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft gesetzt.

Der Antrag auf Inkraftsetzung der in Anwartschaft gestellten Leistungskomponenten kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag ist mindestens 6 Monate, frühestens 12 Monate vor dem gewünschten Umstellungstermin zu stellen. Eine Antragsstellung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

Die Regelungen unter B.2.b.) gelten auch für die Anwartschaftsversicherung.

Die Inkraftsetzung einer Leistungskomponente ist ausgeschlossen, solange eine Leistungskomponente, die einen höheren Pflegegrad absichert, in Anwartschaft gestellt ist.

3. Beiträge

Der Anwartschaftsbeitrag richtet sich nach dem Anwartschaftsprozentsatz und dem Beitrag der jeweiligen Leistungskomponente.

Werden während der Dauer der Anwartschaftsversicherung für die gewählte Leistungskomponente die Beiträge geändert, so ändern sich auch die Beiträge der bestehenden Anwartschaftsversicherung entsprechend. Bei einer Beitragsänderung der Leistungskomponenten kann auch der Prozentsatz der Anwartschaftsversicherung mit Wirkung für bestehende Anwartschaften geändert werden.

Ab dem Umstellungstermin sind die dann gültigen Beiträge zu entrichten. Der Beitragsberechnung wird das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter des Versicherten zugrunde gelegt.

4. Beendigung

Mit Inkraftsetzung der in Anwartschaft stehenden Leistungskomponenten endet die Anwartschaftsversicherung.

Wird von dem letztmaligen Recht auf Umstellung kein Gebrauch gemacht oder tritt bei der versicherten Person Pflegebedürftigkeit ein, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

E. Beiträge

Die monatliche Beitragsrate für je 5,00 EUR Tagessatz richtet sich nach dem erreichten Alter, maßgeblich ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr der versicherten Person.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Stand 07/2017