



PflegeSchutz
mit staatlicher
Förderung –
60 € jährlich

Wenn Sie gern
günstige Gelegenheiten
nutzen, haben wir eine gute
Nachricht für Sie.

Auch im Fall der Pflegebedürftigkeit sollten Sie auf **nichts verzichten** müssen.

Wer möchte schon seinen gewohnten Lebensstandard aufgeben? Aber das kann bei Pflegebedürftigkeit ganz schnell passieren. Sichern Sie sich also rechtzeitig ab.

An die Möglichkeit einer Pflegebedürftigkeit denken die wenigsten von uns. Deshalb hat der Gesetzgeber bereits 1995 die Pflegepflichtversicherung eingeführt. Eigentlich eine gute Idee, denn so ist jeder abgesichert. Aber: Dabei handelt es sich nur um eine Grundabsicherung, die maximal für die Hälfte der tatsächlichen Kosten aufkommt.

Das bedeutet, dass Sie im Fall der Pflegebedürftigkeit auf vieles verzichten müssen, was heute für Sie selbstverständlich ist. Ihre persönliche Entscheidungsfreiheit ist dann nicht mehr gegeben. Wenn Sie Ihren gewohnten Lebensstandard auch im Fall der Pflegebedürftigkeit beibehalten wollen, sollten Sie auf jeden Fall an eine zusätzliche Absicherung denken.



Pflegebedürftigkeit – keine Frage des Alters.

- In Deutschland sind mehr als 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig.
- 70 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt.
- 30 % sind vollstationär in Heimen untergebracht.
- Mehr als 330.000 Pflegebedürftige sind unter 60 Jahre alt. Hauptursachen für Pflege in dieser Altersgruppe: Unfall oder schwere Erkrankung.
- Eigenanteil bei 8 Jahren Pflege: über 100.000 Euro.

Entscheiden Sie selbst, was Ihnen wichtig ist.

Vieles kann zu Pflegebedürftigkeit führen: Allein durch Sport-, Verkehrs- und Haushaltsunfälle sind jedes Jahr mehrere Tausend Menschen davon betroffen. Auch aus einer Krankheit kann Pflegebedürftigkeit entstehen – und dieses Risiko steigt sogar mit zunehmendem Alter. Überlegen Sie deshalb einmal selbst, was für Sie in einem solchen Fall wichtig ist.

Wie wichtig ist es Ihnen ...

... selbst zu bestimmen, wie und wo Sie gepflegt werden?

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

... Ihren Lebensstandard möglichst unverändert fortzuführen?

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

**... Ihre Kinder vor Ansprüchen des Sozialamtes zu schützen?
(Ihre Kinder müssen für Sie zahlen!)**

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

**... sich selbst vor Ansprüchen des Sozialamtes zu schützen?
(Sie müssen auch für Ihre Eltern/Kinder zahlen)**

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

... sich eine staatliche Förderung zu sichern?

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Haben Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“ beantwortet? Dann sollten Sie weiterlesen: Wir haben hier umfassende Informationen zu den einzelnen Themen für Sie zusammengestellt.



Mit dem Thema Pflege kann man sich nicht früh genug beschäftigen.

Mit einer privaten Pflegezusatzversicherung der SIGNAL Krankenversicherung sichern Sie sich Ihre Entscheidungsfreiheit und können auch in Zukunft selbstbestimmt handeln. Am besten entscheiden Sie sich dabei für eine hochwertige Rundum-Absicherung mit umfassenden Leistungen.

Ein weiterer Vorteil: Neben der finanziellen Unterstützung bieten Ihnen alle Tarife umfassende Assistance-Leistungen.

Eine teure Tatsache:

Die durchschnittliche Dauer einer Pflegebedürftigkeit beträgt 8 Jahre. Diese Zeit kann leicht zu einer Eigenbelastung von 100.000 Euro oder mehr führen.



Gute Pflege ist teuer – und zwar für Sie.

Die gesetzliche Pflegeabsicherung bietet nur einen Grundschutz. Das bedeutet: Ganz gleich, für welche Pflege Sie sich entscheiden – einen großen Anteil zahlen Sie selbst.

Beispiel 1: häusliche Pflege durch einen Pflegedienst* (3 Einsätze täglich, Pflegestufe II)

Monatliche Pflegekosten	2.250,00 €
Gesetzliche Leistung	<u>- 1.144,00 €</u>
Monatlicher Eigenanteil	<u>= 1.106,00 €</u>

Beispiel 2: Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung* (Pflegestufe III)

Monatliche Pflegekosten	3.227,00 €
Gesetzliche Leistung	<u>- 1.612,00 €</u>
Monatlicher Eigenanteil	<u>= 1.615,00 €</u>

Experten-Tipp:

Schließen Sie möglichst in jungen Jahren eine Pflegezusatzversicherung ab – dann sind die Beiträge deutlich niedriger als später. So sichern Sie sich günstig Ihren Lebensstandard bis ins hohe Alter.



* Die o. g. Zahlen sind Beispiele und basieren auf Durchschnittskosten. Sie können je nach Situation und gewünschter Pflege auch höher oder niedriger sein.

PflegeSchutz mit staatlicher Förderung.

Auch der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit einer privaten Vorsorge gegen das Pflegerisiko erkannt: Jeder Versicherte ab 18 Jahren erhält eine jährliche Förderung von 60 Euro für eine staatlich anerkannte Pflegezusatzversicherung.



Unser Service.

Um den staatlichen Zuschuss zu erhalten, brauchen Sie sich um nichts zu kümmern. Die Beantragung der staatlichen Förderung übernimmt die SIGNAL Krankenversicherung für Sie. Der Förderbetrag von 5 Euro pro Monat wird gleich von Ihrem zu zahlenden Beitrag abgezogen.

Ihre Vorteile.

- ✓ Keine Gesundheitsprüfung im Tarif PflegeBAHR
- ✓ Vereinfachte Gesundheitsprüfung in PflegeBAHRPLUS
- ✓ Staatliche Förderung in Höhe von 5 Euro pro Monat
- ✓ Einfache Beantragung
- ✓ Versicherungsschutz schon ab 10 Euro monatlicher Eigenleistung
- ✓ Mindestens 600 Euro monatliches Pflegegeld in Pflegestufe III
- ✓ Dynamisierung der vereinbarten Monatsleistung

Erst zahlen andere – dann zahlt das Sozialamt.

„Zahlt nicht das Sozialamt bei Pflegebedürftigkeit?“ So denken viele – und liegen damit leider falsch. Denn bevor der Staat einspringt, sind zunächst Sie selbst in der Pflicht. Und dann kommen – je nach persönlicher Situation – Ehepartner und Kinder an die Reihe.

Wer muss für Pflegekosten aufkommen?

Der Pflegebedürftige

Aus laufenden Einnahmen, Vermögen

Der Ehegatte

Aus laufenden Einnahmen, Vermögen

Die Kinder

Bei Überschreiten bestimmter Selbstbehalte

Das Sozialamt

Erst wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind,
zahlt der Staat

Mit einer privaten Pflegezusatzversicherung sichern Sie also nicht nur Ihren eigenen Lebensstandard; Sie schützen auch die Existenz Ihrer Angehörigen und Ihre Kinder vor möglichen Unterhaltszahlungen.

Wir nehmen Ihnen die finanziellen Sorgen – **garantiert.**

Im Fall der Pflegebedürftigkeit ist für alles gesorgt: Diese beruhigende Gewissheit haben Sie mit einer staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung der SIGNAL Krankenversicherung. Sie selbst entscheiden, welche Pflegeversicherung zu Ihrer Lebenssituation passt.

PflegeBAHR – Ihr solider Grundpflugeschutz mit staatlicher Förderung zu einem günstigen Beitrag.

PflegeBAHR + PflegeBAHRPLUS – Ihr Pflegeschutz mit dem besonderen Plus: zusätzliche Leistungen und mehr Pflegegeld.

Die Leistungen im Überblick

	PflegeBAHR (Fördertarif)	PflegeBAHRPLUS (Aufbautarif)
Leistung bei eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. Demenz)*	10 %, solange keine Pflegestufe besteht	10 %, mit und ohne Pflegestufe
Monatliches Pflegegeld in Pflegestufe I*	30 %	
Monatliches Pflegegeld in Pflegestufe II*	70 %	
Monatliches Pflegegeld in Pflegestufe III*	100 %	
Dynamik	5 % – alle 3 Jahre (maximal in Höhe der durchschnittlichen Inflationsrate)	
Assistance-Leistungen	–	✓
Beitragsbefreiung	–	✓ in Pflegestufe III
Einmalleistung	–	✓ 3 Pflegemonatsgelder in Pflegestufe III

* In Prozent des versicherten monatlichen Pflegegelds. Die Leistungen gelten ab dem 6. Versicherungsjahr. In den ersten 5 Versicherungsjahren besteht eine Wartezeit im Tarif PflegeBAHR. Ihr Vorteil: Diese 5-jährige Wartezeit wird durch den Tarif PflegeBAHRPLUS aufgefangen.

Zwei Beispiele für unsere umfassenden Leistungen.

Für einen 30-jährigen Kunden

**Volle Sicherheit
ab dem ersten Tag!**

Leistungen bezogen auf Pflegestufe III

	Monatliche Leistung im 1. bis 5. Jahr	Monatliche Leistung ab dem 6. Jahr
PflegeBAHR	0 €*	933 €
PflegeBAHRPLUS	1.866 €	933 €
Gesamtleistung	1.866 €	1.866 €

Für einen 45-jährigen Kunden

**Volle Sicherheit
ab dem ersten Tag!**

Leistungen bezogen auf Pflegestufe III

	Monatliche Leistung im 1. bis 5. Jahr	Monatliche Leistung ab dem 6. Jahr
PflegeBAHR	0 €*	600 €
PflegeBAHRPLUS	1.200 €	600 €
Gesamtleistung	1.200 €	1.200 €

* Die 5-jährige Wartezeit des Tarifs PflegeBAHR wird durch eine Mehrleistung des Aufbautarifs PflegeBAHRPLUS aufgefangen.

Wir bieten Ihnen mehr als Geld: **individuelle Hilfe.**

Pflegebedürftigkeit tritt oft ganz unerwartet ein und dann weiß kaum jemand, was konkret zu tun ist. Mit der Pflege-Assistance aus PflegeBAHRPLUS unterstützen wir Sie in dieser schwierigen Situation und übernehmen sogar noch die Kosten für ausgewählte Dienstleistungen.

Beispiel 1

Uwe B. wird zunehmend unbeweglicher und kann sich allein weder waschen noch anziehen. Es wird eine Pflegestufe festgestellt.

Zwar kann Herr B. zu Hause wohnen bleiben, aber er benötigt hier Hilfe durch Angehörige und einen professionellen Pflegedienst. Neben der Geldleistung helfen wir mit:

- ✓ Beratung der Angehörigen rund um das Thema Pflege
- ✓ Pflegeschulung der Angehörigen
- ✓ Pflege- und Reha-Management
- ✓ Essenslieferung, Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden, Menüservice und einer Haushaltshilfe mit Kostenübernahme in den ersten 10 Wochen

Die ausführlichen Beschreibungen der Assistance-Leistungen und Informationen zum genauen Leistungsumfang entnehmen Sie bitte dem Leistungsverzeichnis für Assistance-Leistungen.

Beispiel 2

Nach einem Unfall wird Uwe B. im Krankenhaus behandelt. Während des Aufenthalts wird bei ihm eine Pflegestufe festgestellt.

Er kann nicht mehr nach Hause zurückkehren, sondern muss in einem Pflegeheim untergebracht werden. Die Angehörigen wissen nicht, was zu tun ist. Hier helfen unsere professionellen Pflegeberater mit:

- ✓ Beratung der Angehörigen rund um das Thema Pflege
- ✓ Vermittlung einer Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden
- ✓ Pflege- und Reha-Management



Notfalltelefon: Experten-Hilfe

Tag und Nacht.

Unter der nachfolgend genannten Telefonnummer beraten wir Sie rund um das Thema Pflege. Hier können Sie auch Ihren Pflege-Sofortschutz rund um die Uhr beantragen. Rufen Sie uns gerne an.

24-h-NOTFALL-HOTLINE:

0231 135-4948



Alle günstigen Beiträge und umfassenden Leistungen im Überblick.

Monatsbeiträge und Leistungen¹					
Gültig für 2015					
Ein- tritts- alter ²	PflegeBAHR			PflegeBAHRPLUS	
	Monats- beitrag	Effektiv- beitrag*	Monats- leistung (Pflege- stufe III)	Monats- beitrag	Monats- leistung (Pflege- stufe III)
18	15,00 €	10,00 €	1.479,00 €	12,42 €	1.479,00 €
19	15,00 €	10,00 €	1.431,00 €	12,56 €	1.431,00 €
20	15,01 €	10,01 €	1.383,00 €	12,70 €	1.383,00 €
21	15,01 €	10,01 €	1.335,00 €	12,82 €	1.335,00 €
22	15,00 €	10,00 €	1.285,00 €	12,90 €	1.285,00 €
23	15,00 €	10,00 €	1.239,00 €	13,01 €	1.239,00 €
24	15,01 €	10,01 €	1.192,00 €	13,11 €	1.192,00 €
25	15,00 €	10,00 €	1.145,00 €	13,21 €	1.145,00 €
26	15,01 €	10,01 €	1.101,00 €	13,34 €	1.101,00 €
27	15,00 €	10,00 €	1.056,00 €	13,44 €	1.056,00 €
28	15,01 €	10,01 €	1.014,00 €	13,58 €	1.014,00 €
29	15,00 €	10,00 €	972,00 €	13,69 €	972,00 €
30	15,00 €	10,00 €	933,00 €	13,82 €	933,00 €
31	15,00 €	10,00 €	894,00 €	13,91 €	894,00 €
32	15,00 €	10,00 €	857,00 €	14,00 €	857,00 €
33	15,00 €	10,00 €	822,00 €	14,11 €	822,00 €
34	15,00 €	10,00 €	788,00 €	14,18 €	788,00 €
35	15,01 €	10,01 €	756,00 €	14,27 €	756,00 €
36	15,01 €	10,01 €	725,00 €	14,36 €	725,00 €
37	15,01 €	10,01 €	695,00 €	14,44 €	695,00 €
38	15,00 €	10,00 €	666,00 €	14,51 €	666,00 €
39	15,01 €	10,01 €	639,00 €	14,59 €	639,00 €
40	15,01 €	10,01 €	612,00 €	14,65 €	612,00 €
41	15,36 €	10,36 €	600,00 €	15,05 €	600,00 €

¹ Monatsbeitrag unter Berücksichtigung der staatlichen Förderung in Höhe von 5 Euro monatlich.

² Ermittlung des Eintrittsalters:

Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr = Eintrittsalter.

Monatsbeiträge und Leistungen¹

Gültig für 2015

Eintrittsalter ²	PflegeBAHR			PflegeBAHRPLUS	
	Monatsbeitrag	Effektivbeitrag*	Monatsleistung (Pflegestufe III)	Monatsbeitrag	Monatsleistung (Pflegestufe III)
42	16,04 €	11,04 €	600,00 €	15,77 €	600,00 €
43	16,76 €	11,76 €	600,00 €	16,52 €	600,00 €
44	17,51 €	12,51 €	600,00 €	17,32 €	600,00 €
45	18,29 €	13,29 €	600,00 €	18,15 €	600,00 €
46	19,13 €	14,13 €	600,00 €	19,03 €	600,00 €
47	20,00 €	15,00 €	600,00 €	19,94 €	600,00 €
48	20,92 €	15,92 €	600,00 €	20,91 €	600,00 €
49	21,89 €	16,89 €	600,00 €	21,93 €	600,00 €
50	22,91 €	17,91 €	600,00 €	23,00 €	600,00 €
51	23,99 €	18,99 €	600,00 €	24,13 €	600,00 €
52	25,14 €	20,14 €	600,00 €	25,31 €	600,00 €
53	26,35 €	21,35 €	600,00 €	26,57 €	600,00 €
54	27,64 €	22,64 €	600,00 €	27,91 €	600,00 €
55	29,00 €	24,00 €	600,00 €	29,33 €	600,00 €
56	30,44 €	25,44 €	600,00 €	30,84 €	600,00 €
57	31,99 €	26,99 €	600,00 €	32,44 €	600,00 €
58	33,63 €	28,63 €	600,00 €	34,16 €	600,00 €
59	35,38 €	30,38 €	600,00 €	35,99 €	600,00 €
60	37,26 €	32,26 €	600,00 €	37,96 €	600,00 €
61	39,27 €	34,27 €	600,00 €	40,04 €	600,00 €
62	41,42 €	36,42 €	600,00 €	42,29 €	600,00 €
63	43,72 €	38,72 €	600,00 €	44,71 €	600,00 €
64	46,19 €	41,19 €	600,00 €	47,32 €	600,00 €
65	48,83 €	43,83 €	600,00 €	50,14 €	600,00 €
66	51,68 €	46,68 €	600,00 €	53,19 €	600,00 €
67	54,74 €	49,74 €	600,00 €	56,51 €	600,00 €
68	58,05 €	53,05 €	600,00 €	60,11 €	600,00 €
69	61,65 €	56,65 €	600,00 €	64,06 €	600,00 €
70	65,56 €	60,56 €	600,00 €	68,38 €	600,00 €

¹ Monatsbeitrag unter Berücksichtigung der staatlichen Förderung in Höhe von 5 Euro monatlich.

² Ermittlung des Eintrittsalters:

Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr = Eintrittsalter.

Produktinformationsblatt zur staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung – Tarif PflegeBAHR

Informationen nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Die SIGNAL Krankenversicherung ist mit einer über 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme von rund 2 Mrd. EUR und rund 2 Mio. versicherten Personen einer der größten privaten Krankenversicherer von etwa 50 Krankenversicherungsunternehmen. Mit der SIGNAL IDUNA entscheiden Sie sich für einen leistungsstarken Partner.

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Zusätzlich finden Sie auf den folgenden Seiten die für Sie wichtigen Informationen gemäß der VVG-Informationspflichtenverordnung.

Beachten Sie bitte, dass die hier genannten Informationen nicht abschließend sind.

Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte den beigefügten Kundeninformationen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Informationsblatt der Bundesanstalt sowie den gesetzlichen Grundlagen. Einen Auszug der Paragraphen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), auf die im Folgenden verwiesen wird, finden Sie auch im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

1 Um welchen Versicherungsvertrag handelt es sich und wer ist versicherungsfähig?

Es handelt sich um eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Tarif PflegeBAHR, mit der Sie Ihren sozialen oder privaten Pflegeversicherungsschutz ergänzen.

Versicherungsfähigkeit nach dem Tarif PflegeBAHR besteht für Personen, die

- in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind,
- das 18. Lebensjahr vollendet haben,
- vor Abschluss des Versicherungsvertrags noch keine Pflegeleistungen bezogen haben und derzeit auch keine Pflegeleistungen beziehen und
- für die noch kein anderer ungekündigter Vertrag nach den Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung bei einem anderen Versicherer besteht (keine Mehrfachversicherung).

2 Was ist versichert?

PflegeBAHR – Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Pflegemonatsgeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 %, in der Pflegestufe I 30 % und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) in Höhe von 10 % des versicherten Monatssatzes. Es ist eine Wartezeit von 5 Jahren zu erfüllen. Diese entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

Bei der vorstehend genannten Kurzleistungsbeschreibung handelt es sich um einen Auszug aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II Tarif.

Die Grenzen unserer Leistungspflicht ergeben sich aus den dargestellten Leistungshöchstgrenzen sowie dem in den Bedingungen nicht erfassten Leistungsumfang.

Den genauen Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I und II.

3 Wie hoch ist Ihr Beitrag und was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Ihr zu zahlender Beitrag hängt vom Eintrittsalter und von dem gewählten Tarif ab. Für den Tarif PflegeBAHR wird eine staatliche Förderung (Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI) in Höhe von monatlich 5 Euro gezahlt, die wir entsprechend für Ihren Vertrag beantragen und bis zur Erlangung der staatlichen Pflegevorsorgezulage stunden. Voraussetzung für die Förderfähigkeit (Versicherungsfähigkeit) ist, dass der monatlich zu zahlende Beitrag nach Abzug dieser Zulage mindestens 10 Euro beträgt.

Den Monatsbeitrag für den Tarif PflegeBAHR entnehmen Sie bitte der Beitragsangabe im Versicherungsschein, sofern dieser noch nicht vorliegt dem Antrag.

Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Beitragszahlungsrabatte bei jährlicher, halbjährlicher oder vierteljährlicher Zahlungsweise werden nicht gewährt.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag jeweils am Monatsersten fällig.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

Bitte beachten Sie, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages führen kann. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 37 bis 39 des VVG.

4 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Der Leistungsanspruch aus dem Tarif PflegeBAHR orientiert sich an dem Leistungsanspruch aus der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung. Dieser entsteht, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI eingeschränkt ist. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

5 Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsschluss zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag sorgfältig prüfen können. Nur so ist sichergestellt, dass die kalkulierten Beiträge auch richtig bemessen sind. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrages) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Eine Beantragung der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung nach Tarif PflegeBAHR ist nur bei bestehender Versicherungsfähigkeit möglich.

Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antrag oder den §§ 19 bis 22 in Verbindung mit § 194 des VVG sowie § 206 VVG.

6 Welche Pflichten haben Sie während der Laufzeit des Vertrages zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, ist dem Versicherer gemäß § 2a Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen unverzüglich anzuzeigen.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

7 Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Bei Eintritt des Versicherungsfalles erteilen Sie uns bitte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtenden Pflichten sind im § 14 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

8 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Die Wartezeit im Tarif PflegeBAHR beträgt 5 Jahre. Sie entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Jahr.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – im Regelfall mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 19 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

9 Welche Möglichkeiten gibt es, den Vertrag zu beenden?

Der Vertrag kann von Ihnen nach Ablauf der Mindestvertragsdauer jeweils zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Zusätzlich zum oben genannten ordentlichen Kündigungsrecht haben Sie in bestimmten Fällen auch vorzeitig die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zu kündigen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

Produktinformationsblatt zum Ergänzungstarif der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung – Tarif PflegeBAHRPLUS

Informationen nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Die SIGNAL Krankenversicherung ist mit einer über 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme von rund 2 Mrd. EUR und rund 2 Mio. versicherten Personen einer der größten privaten Krankenversicherer von etwa 50 Krankenversicherungsunternehmen. Mit der SIGNAL IDUNA entscheiden Sie sich für einen leistungsstarken Partner.

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Zusätzlich finden Sie auf den folgenden Seiten die für Sie wichtigen Informationen gemäß der VVG-Informationspflichtenverordnung.

Beachten Sie bitte, dass die hier genannten Informationen nicht abschließend sind.

Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte den beigefügten Kundeninformationen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Informationsblatt der Bundesanstalt sowie den gesetzlichen Grundlagen. Einen Auszug der Paragraphen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), auf die im Folgenden verwiesen wird, finden Sie auch im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

1 Um welchen Versicherungsvertrag handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung, mit der Sie Ihre staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung erweitern.

2 Was ist versichert?

PflegeBAHRPLUS – Ergänzungstarif zur staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (PflegeBAHR)

Pflegemonatsgeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 %, in der Pflegestufe I 30 % und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) in Höhe von 10 % des versicherten Monatssatzes. Für die Dauer, in der kein Leistungsanspruch aufgrund der Wartezeit aus dem Tarif PflegeBAHR besteht, verdoppeln sich die genannten Leistungen. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 3 Monatssätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ferner beinhaltet der Tarif Assistenzleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflege-schulung für Angehörige, Reha-Management.

Bei der vorstehend genannten Kurzleistungsbeschreibung handelt es sich um einen Auszug aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III, Tarife.

Grundsätzlich umfasst Ihr Vertrag keinen Versicherungsschutz für vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Versicherungsfälle und Erkrankungen (§ 2 Abs. 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I). Die Grenzen unserer Leistungspflicht ergeben sich aus den dargestellten Leistungshöchstgrenzen sowie dem in den Bedingungen nicht erfassten Leistungsumfang.

Den genauen Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I bis III.

3 Wie hoch ist Ihr Beitrag und was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich die Beiträge nicht am Einkommen des Versicherten. Ihr zu zahlender Beitrag hängt vielmehr vom Eintrittsalter, von den gewählten Tarifen und vom Ergebnis der Risikobeurteilung ab.

Den Monatsbeitrag für die gewünschte Kranken-Zusatzversicherung entnehmen Sie bitte der Beitragsangabe im Versicherungsschein. Sofern dieser noch nicht vorliegt dem Antrag.

Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich (2 % Nachlass)
- jährlich (4 % Nachlass)

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag jeweils am Monatsersten fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

Bitte beachten Sie, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages führen kann. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 37 bis 39 des VVG.

4 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Für bestimmte Behandlungen besteht keine Leistungspflicht, z. B. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 Teil I und ggf. Teil II der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

5 Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsschluss zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag sorgfältig prüfen können. Nur so ist sichergestellt, dass die kalkulierten Beiträge auch richtig bemessen sind. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrages) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antrag oder den §§ 19 bis 22 in Verbindung mit § 194 des VVG sowie § 206 VVG.

6 Welche Pflichten haben Sie während der Laufzeit des Vertrages zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit bei einem weiteren Versicherer mit. Auch der Neuabschluss oder die Erhöhung einer solchen Versicherung bedarf unserer Einwilligung.

Die während der Laufzeit des Vertrages zu beachtenden Pflichten sind im § 9 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Zu Tarifen, die nicht die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 VVG erfüllen, können wir uns auch vorzeitig vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

7 Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Bei Eintritt des Versicherungsfalls erteilen Sie uns bitte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Die bei Eintritt des Versicherungsfalls zu beachtenden Pflichten sind im § 9 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

8 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Jahr.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – im Regelfall mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

9 Welche Möglichkeiten gibt es, den Vertrag zu beenden?

Der Vertrag kann von Ihnen nach Ablauf der Mindestvertragsdauer jeweils zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Zusätzlich zum oben genannten ordentlichen Kündigungsrecht haben Sie in bestimmten Fällen auch vorzeitig die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Genauere Informationen zu der Beendigung Ihres Vertrages, den Kündigungsmöglichkeiten durch den Versicherer sowie den sonstigen Beendigungsgründen erhalten Sie in den §§ 13 bis 15 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den §§ 205 bis 207 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Bitte beachten Sie, dass sämtliche Kündigungen in Schriftform erfolgen müssen.

Kundeninformation zur Krankenversicherung und/oder privaten Pflegepflichtversicherung

Informationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Im Rahmen der Beantragung des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes erhalten Sie von uns verschiedene Dokumente (z.B. Produktinformationsblatt, Versicherungsbedingungen, ggf. Produktvorschlag) mit für Sie wichtigen Informationen. Die nachfolgend dargestellten Informationen sind entweder Ergänzungen oder aber von sehr großer Bedeutung für Sie, so dass sie hier nochmals gesondert aufgeführt werden.

Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen

SIGNAL Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund

Vertreten durch die Vorstände Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Karl-Josef Bierth, Michael Johnigk, Dr. Stefan Kutz, Clemens Vatter, Prof. Dr. Markus Warg

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte

Internet: www.signal-iduna.de

E-Mail: info@signal-iduna.de

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Ihr Versicherer, die SIGNAL Krankenversicherung a. G., gehört dem Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung an.

Vertragsbedingungen

Für Ihren Krankenversicherungsvertrag gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.:

- Teil I sind immer die Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung
- Teil II beinhaltet die den Teil I ergänzenden allgemein gültigen spezifischen Tarifbedingungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.
- Teil III enthält die jeweiligen zu den Teilen I und II gehörenden SIGNAL Tarife.

Für den Basistarif gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif Teil I und II.

Für eine Anwartschaftsversicherung gelten zusätzlich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Für die private Pflegepflichtversicherung gelten die

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Teil I und II)
- bei Vereinbarung eines Tarifes mit der Ergänzung -Z die Zusatzvereinbarungen gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 des Sozialgesetzbuches XI
- ggf. die Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten
- ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

Der Umfang Ihres Kranken- und/oder Pflegeversicherungsschutzes richtet sich nach dem individuell vorgeschlagenen Tarif(en). Dort ist auch beschrieben, wann der Versicherungsfall eintritt und welche Versicherungsleistung Sie erhalten. Nähere Einzelheiten sind im Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder im Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif beschrieben.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

Die übergebenen Informationen haben zu dem von Ihnen beantragten/gewünschten Versicherungsbeginn Gültigkeit.

Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken

Die Berechnung des zur Deckung der Versicherungsleistungen jeweils notwendigen Beitrages beinhaltet auch die Berücksichtigung des Kapitalanlageergebnisses. Dessen Höhe ist abhängig von der Entwicklung auf den Kapitalmärkten.

Auf Grund von Schwankungen an den Kapitalmärkten können auch bei einer risikobewussten ausgewogenen Anlagepolitik in der Vergangenheit erzielte Ergebnisse nicht für die Zukunft garantiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Wenn Sie eine Versicherung bei uns wünschen, haben Sie die Wahl zwischen der Stellung eines Antrages oder einer Angebotsanfrage. Demnach wird das Zustandekommen des Vertrages differenziert.

– Bei Stellung eines Antrages:

Auf Ihren Antrag hin erhalten Sie durch den Versicherer einen Versicherungsschein, der die Annahme des Antrages und den Versicherungsschutz dokumentiert.

– Bei Stellung einer Angebotsanfrage:

Auf Ihre Angebotsanfrage hin erhalten Sie durch den Versicherer ein entsprechendes Versicherungsangebot. Nur wenn dieses Angebot von Ihnen fristgerecht und unabgeändert angenommen wird, kommt der Vertrag mit Zugang Ihrer Annahmeerklärung beim Versicherer zustande. Der Zugang Ihrer Annahmeerklärung wird Ihnen durch die Übersendung eines Versicherungsscheins bestätigt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

– SIGNAL Krankenversicherung a. G., Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
– (0231) 1 35 - 46 38

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:
– info@signal-iduna.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag/der Angebotsanfrage bzw. dem Versicherungsschein. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Mitgliedstaaten der EU, deren Recht der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt wird

Es wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde gelegt.

Anwendbares Recht/zuständiges Gericht

Das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Das zuständige Gericht für den Vertrag ist das Gericht am Sitz des Versicherers (d.h. Dortmund) oder dasjenige Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat (§ 215 VVG).

Sprachen der Vertragsbedingungen und der Vertragsinformationen/Sprache der Kommunikation von Versicherer und Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit

Die Versicherungsbedingungen und die vorab ausgehändigten Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Wir verpflichten uns, die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache zu führen.

Möglichkeiten des Zugangs zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Um dem Versicherungsnehmer den Zugang zu einer außergerichtlichen Einigung bei Beschwerden oder Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und dem Versicherer zu ermöglichen, kann eine Schlichtungsstelle nach § 214 VVG eingeschaltet werden.

Der Schlichtungssuchende kann sich wenden an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin

Die Möglichkeit des Versicherungsnehmers, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch direkt gerichtet werden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013) §§ 1-26

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) 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, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflege-monats- oder Pflege-tagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen.

Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung, solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 Euro. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

- (3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.
- (4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.
- (2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalles werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrages zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angeordnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

§ 11 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der

Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- b) Anrechnung auf den Beitrag,
- c) Erhöhung der Leistung oder
- d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der

Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhezeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht, für während der Ruhezeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhezeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhezeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhezeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erstes abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen.

Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

Sozialgesetzbuch SGB - Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche richtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch

führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegeklasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder

2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste zu beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder

anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 123 Übergangsregelung: verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38) sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

§ 126 Zulagenberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagenfähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulagenberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch

dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- 1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Der Tarif PflegeBAHR gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Musterbedingungen MB/GEV 2013)

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Wartezeiten (zu § 5 Teil I)

Abweichend von § 5 Absatz 2 Teil I entfällt die Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern der Unfall sich nach Vertragsabschluss ereignet hat.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingung gilt auch jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt. Die Wartezeit entfällt somit auch, wenn sich die Pflegebedürftigkeit ergibt aus

- Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- Erfrierungen,
- unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Voraussetzung für den Entfall der Wartezeit bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf Grund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird.

2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer (zu § 17 Teil I)

Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 17 Abs. 1 Teil I für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

**B Leistungen des SIGNAL Krankenversicherung a. G.
(zu § 6 und § 7 Teil I)**

Abweichend zu § 7 Teil I wird die monatliche Leistung gemäß Abschnitt B 1 und B 2 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt.

1 Pflegegeldleistung

Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) wird ein monatliches Pflegegeld geleistet. Das Pflegegeld beträgt in der

Pflegestufe I	30 %
Pflegestufe II	70 %
Pflegestufe III	100 %

des versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Monatssatz ergänzt (Beispiel: PflegeBAHR 1200).

2 Betreuungsgeld

Besteht aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI und liegt keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI vor, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10% des versicherten Monatssatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV oder liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI vor, so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld.

3 Erhöhung des Pflegegeldes

Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 5 %, maximal jedoch in Höhe der durchschnittlichen allgemeinen Inflationsrate der jeweils vorausgegangenen drei Jahre gemäß § 6 Abs. 4 Teil I. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes nicht geändert hat und
- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist und kein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI besteht.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Monatssatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen für diese versicherte Person.

Weitere Möglichkeiten der Erhöhung des Monatssatzes - mit Ausnahme der Erhöhung zum Erhalt der Förderfähigkeit gemäß Abschnitt C 3 - bestehen nicht.

C Beiträge / Förderfähigkeit

1 Beitragsberechnung (zu § 10 Teil I)

Für die im Rahmen der Kindermachversicherung gemäß § 24 Teil I in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag zum niedrigsten Erwachsenenalter zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 10 Abs. 2 Teil I.

Das Eintrittsalter gemäß § 10 Abs. 2 Teil I entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

2 Beitragsberechnung der Anwartschaftsversicherung (zu § 26 Teil I)

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß § 26 Teil I ist das Produkt aus dem jeweils gültigen Prozentsatz und dem jeweils gültigen Bezugsbeitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifes.

Die Bemessung des in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatzes richtet sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse nach dem bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Bezugsbeitrag ist der Beitrag zum bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Die für die Anwartschaftsversicherung gezahlten Beiträge werden nicht zurückgezahlt, auch dann nicht, wenn der in Anwartschaft stehende Versicherungsschutz nicht in Kraft treten soll.

3 Erhalt der Förderfähigkeit (zu § 13 Teil I)

Erhöht die SIGNAL Krankenversicherung a. G. das monatliche Pflegegeld gemäß § 13 Teil I, dann wird das monatliche Pflegegeld auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 für die ergänzende
Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (oder ein Pflegegeld*) (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Plefkostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wieder-aufsuchen der Wohnung,
- d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.*

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angeordnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsauschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall ein Pfl egetagegeld.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pfl egetagegeldversicherung abweichend zu § 1 Abs. 11 Teil I auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I MB/EPV(1)

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 8

(2) Teil I für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

*) entfällt bei Pfl egetagegeldversicherung

§ 3 Wartezeit

Teil I MB/EPV

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen
--

Abweichend von Teil I entfällt die Wartezeit bei Unfällen.
--

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I MB/EPV

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/EPV

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11* solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
 - d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;*
 - e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;*
 - f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
 - g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Abweichend von § 5 Abs. 1 c) Teil I besteht Leistungspflicht bei einem Aufenthalt in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.
- (2) Abweichend von § 5 Abs. 1 f) wird für laufende Versicherungsfälle auch in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme geleistet, sofern Anspruch auf Pflegegeld in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht.
- (3) Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/EPV Teil I.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/EPV

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe sind auch für die Pflegetagegeldleistung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe.
Dementsprechende Nachweise sind vom Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.
- (2) Überweisungskosten nach Teil I Abs. 5 werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (3) Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe sowie über die Art der Pflege können vom Versicherer verlangt werden.
- (4) Fällige Pflegegelder werden für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich ausbezahlt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/EPV

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

Teil I MB/EPV

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

(3) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

(4) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I MB/EPV

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Für die in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a (2) Teil I.

2) Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I MB/EPV

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vornhundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die in § 8 b (1) Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vornhundertersatz im Sinne von § 8 b (1) Teil I für die Versicherungsleistungen 10%, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5%.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/EPV

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) (und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d)*.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen

bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I MB/EPV

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I MB/EPV

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß Teil I Abs. 1.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I MB/EPV

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.*

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

(4) In der Pflagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Abweichend zu § 15 Abs. 4 Teil I endet das Versicherungsverhältnis erst mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 2 Teil II genannten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I MB/EPV

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I MB/EPV

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I MB/EPV

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

*) entfällt bei Pflagegeldversicherung

Ergänzungstarif für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Der Tarif PflegeBAHRPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegeversicherung

Teil I Musterbedingungen MB/EPV 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif PflegeBAHRPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach dem Tarif PflegeBAHR bestehen. Endet der Tarif PflegeBAHR, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeBAHRPLUS.

Ruht der Tarif PflegeBAHR, so ruht auch der Tarif PflegeBAHRPLUS. Wird für den Tarif PflegeBAHR eine Anwartschaftsversicherung vereinbart, so ist auch der Tarif PflegeBAHRPLUS in Anwartschaft zu führen.

Der Tarif PflegeBAHRPLUS kann ausschließlich in Höhe des versicherten Monatssatzes des Tarifes PflegeBAHR abgeschlossen werden.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Bestimmungen zur Anwartschaftsversicherung

Abweichend von Abschnitt A 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung kann die Anwartschaftsversicherung für den Tarif PflegeBAHRPLUS nur für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung des Tarifes PflegeBAHR vereinbart werden.

Abweichend von Abschnitt B 3 a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung gilt, dass der Tarif PflegeBAHRPLUS zum Ersten des Monats aktiv fortgeführt wird, in dem der Versicherungsnehmer den Wegfall der Voraussetzung zur Anwartschaftsversicherung nachweist.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

Ergänzend zu § 1 Teil I und II wird für die Leistungen gemäß Abschnitt B 1 und B 2 der Kalendermonat auf 30 Tage festgesetzt unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Tage im Monat.

Die Leistungen gemäß Abschnitt B 1 und B 2 werden als monatlicher Betrag erbracht und werden im Folgenden als Pflegegeld bzw. Betreuungsgeld bezeichnet. Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Monatssatz ergänzt (Beispiel: PflegeBAHRPLUS 1200).

Ergänzend zu § 6 Absatz 4 Teil II wird die monatliche Leistung gemäß Abschnitt B 1 und B 2 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegegeld bzw. Betreuungsgeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

1 Pflegegeldleistung

Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) wird ein monatliches Pflegegeld geleistet. Das Pflegegeld beträgt in der

Pflegestufe I	30 %
Pflegestufe II	70 %
Pflegestufe III	100 %

des versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

Während der leistungsfreien Wartezeit des Tarifes PflegeBAHR (vgl. Abschnitt A 1 Teil II des Tarifes PflegeBAHR und § 5 der Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPU)), verdoppelt sich eine nach diesem Abschnitt B 1 zu erbringende Pflegegeldleistung.

2 Betreuungsgeld

Besteht aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10% des versicherten Monatssatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV, so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld. Der Anspruch auf das Betreuungsgeld endet nicht, wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI nachgewiesen wird.

Während der leistungsfreien Wartezeit des Tarifes PflegeBAHR (vgl. Abschnitt A 1 Teil II des Tarifes PflegeBAHR und § 5 MB/GEPU) verdoppelt sich ein nach diesem Abschnitt B 2 zu erbringendes Betreuungsgeld, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist.

3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird zusätzlich zum Pflegegeld nach diesem Tarif eine Einmalzahlung in Höhe des 3fachen des versicherten Monatssatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

4 Beitragsbefreiung

Wird für eine versicherte Person Pflegegeld nach diesem Tarif für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) noch keine Pflegestufe III bestand oder beantragt wurde.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in die Pflegestufe III erfolgt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

5 Assistenzleistungen

5.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI besteht Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistenzleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der SPV bzw. PPV getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

5.3 Für die Gewährung der Assistenzleistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit oder vermuteten Pflegebedürftigkeit wird unverzüglich beim Pflegeversicherungsträger ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt und
- der Versicherungsfall (Assistenzleistungen) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

6 Erhöhung des Pflegegeldes

Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 5 %, maximal jedoch in Höhe der durchschnittlichen allgemeinen Inflationsrate der jeweils vorausgegangenen drei Jahre gemäß Abschnitt B 3 des Tarifes PflegeBAHR. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes nicht geändert hat und
- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist und kein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI besteht.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt versicherten Monatssatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung - für diese versicherte Person.

C Beiträge / Anpassungsvorschriften

1 Beitragsberechnung (zu § 8 a Teil I und II)

Für die in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag zum niedrigsten Erwachsenenalter zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a Abs. 2 Teil I.

2 Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Als tariflicher Vornachschuss im Sinne von § 8 b Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Leistungsverzeichnis der Tarife PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS für Assistanceleistungen

Folgende Assistanceleistungen werden unter den in den Tarifen PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP bzw. PflegeBAHRPLUS genannten Voraussetzungen erbracht. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht nur für die unter Punkt 3 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

1 Pflegeheimplatzgarantie

Der Versicherer vermittelt und organisiert einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Voraussetzung ist, dass eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung nicht möglich ist oder wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherer garantiert die Unterbringung der versicherten Person in einer vollständigen Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der Versicherer bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheimplatz.

2 Pflege-Manager

Der Pflege-Manager leistet folgende Beratungen sowie die Benennung und Vermittlung von Pflegedienstleistungen:

Beratungs-Service

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
- Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren. Wohn- und Wohnraumberatung
- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen

Vermittlungs-Service

- Vermittlung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Vermittlung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Tag- und Nachtwache

Benennung von Dienstleistern

- Benennung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Benennung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Benennung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung von Ärzten und Fachärzten
- Benennung eines 24-Stunden Notrufs
- Benennung einer Tag- und Nachtwache

Vermittlung von Betreuung für Angehörige

- Vermittlung von Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Beratungseinrichtungen

3 Vermittlung und Organisation mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden folgende Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu zehn Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles übernommen (Kostenübernahme) insgesamt jedoch nicht mehr als 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Begleitservice

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien

Fahrdienst

Zwei mal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert.

Menüservice

Organisation und Kostenübernahme einer Essenlieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zwei mal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht: Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

Pfleges Schulung für Angehörige

Organisiert wird eine Pflegeschulung für maximal zwei pflegende Personen. Übernommen werden einmalig die Kosten von 150 EUR pro pflegender Person.

4 Reha Management

4.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Erreichbarkeit von:

- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim oder von/an den eigenen Wohnsitz
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- praktischen Ärzten in Wohnnähe
- Gartenhelfern, Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)

4.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

4.3 Berufliche Rehabilitation

4.3.1 Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person, länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

4.3.2 Ist bei Selbständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

4.3.3 Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

4.3.4 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern, Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

4.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

4.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

Nachfolgend finden Sie Auszüge aus den wesentlichen, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gesetzestexten. Sollten Sie darüber hinaus Informationen benötigen, können Sie diese gerne anfordern.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

- ...
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 12h Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in eine Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversiche-

rung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 10 Familienversicherung

(2) Kinder sind versichert

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend.

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.

§ 32 Heilmittel

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.

§ 33 Hilfsmittel

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung

mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch

außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 38 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(2) Die Satzung soll bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 39 Krankenhausbehandlung

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

§ 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss.

Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vohundertersatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 56 Festsetzung der Regelversorgungen

(2) ...

Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten.

...

§ 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten.

(2) Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 1 und die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden.

§ 60 Fahrkosten

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,

2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (bis 31.12.2008 geltende Fassung)

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)

§ 35 Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43 a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 287 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 490, 696, 893, 1.161 oder 1.427 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Absatz 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mit-versichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf eines Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.* Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; anderenfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

* Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

<ul style="list-style-type: none"> ● SIGNAL Krankenversicherung a. G. * ● IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe * ● SIGNAL Unfallversicherung a. G. * ● Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. * ● SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG * ● SIGNAL IDUNA Pensionkasse AG * ● PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft * ● ADLER Versicherung AG * ● SIGNAL IDUNA Sterbekasse VVaG * 	<ul style="list-style-type: none"> ● DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG * ● DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft ● HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH ● SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH ● SIGNAL IDUNA Bauspar AG ● SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft ● SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung ● SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG
---	--

Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe *) beauftragten Dienstleister

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages/ der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Service-Center, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und bei stationärer Heilbehandlung	ja
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Service-Center, telefonischer Kundendienst	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
SIGNAL Krankenversicherung a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordinaten, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
	MedX GmbH	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja
	On Service GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Assisteur ASS	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja
	Assisteur AVUS	Unterstützung bei Todesfällen im Ausland	ja
	Swiss Post Solution GmbH	Bearbeitung von Zulagenanträgen für die Riesterrente	nein
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherungen mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	MD Medicus Assistance Service mbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH – Auto- und Reise-Assistance	Erbringung med. Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	HVR Hamburger Vermögensschaden-Haftpflicht Risikomanagement GmbH	Antragsprüfung und Underwriting	nein

b) in Kategorien von Dienstleistern

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrages/der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen	ja
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen, Adressermittler	Recherchen, Auskünfte	nein
	Ärzte, Gutachter, Dolmetscher	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja
	Assisteure, Reha-Dienste	Erbringung Assistenzleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein
	Rechtsanwaltskanzleien	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja
Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja	
SIGNAL Krankenversicherung a. G., Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft, ADLER Versicherung AG	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein
	Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja

Satzung

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name, Zweck, Sitz

- (1) Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.
- (2) Zweck des Vereins ist die Übernahme von Krankenversicherungen jeder Art sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art im In- und Ausland.
- (3) Der Verein ist befugt, sich an anderen Unternehmungen, deren Gegenstand mit dem Zweck des Vereins in wirtschaftlichem Zusammenhang steht, zu beteiligen. Er ist insbesondere befugt, für andere Versicherungsunternehmen Versicherungsgeschäfte oder solche Geschäfte zu betreiben, die mit der Versicherungstätigkeit in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Weiterhin ist der Verein befugt, in den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen sowie Bauspar-, Investment- und anderen Geschäften, die mit dem Zweck des Vereins in unmittelbarem Zusammenhang stehen, als Vermittler tätig zu werden.
- (4) Der Verein hat seinen Sitz in Dortmund.
- (5) Der allgemeine Gerichtsstand ist Dortmund.
- (6) Der Verein veröffentlicht seine Bekanntmachungen im elektronischen Bundesanzeiger.

§ 2 Mitgliedschaft

- (1) Wer mit dem Verein für sich oder zugunsten Dritter einen Versicherungsvertrag abschließt, wird für die Dauer des Versicherungsverhältnisses Mitglied des Vereins.
- (2) Der Verein ist berechtigt, auch Versicherungsverträge gegen feste Beiträge mit der Bestimmung abzuschließen, dass der Versicherungsnehmer nicht Mitglied wird. Auf solche Verträge darf nicht mehr als ein Zehntel der Jahresbeitragsentnahme entfallen.

§ 3 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im voraus zu erhebende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt sind. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

Verfassung

A. Vorstand

§ 4 Zusammensetzung

- (1) Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Mitgliedern.
- (2) Zur Vertretung des Vereins bedarf es der Mitwirkung zweier Vorstandsmitglieder oder eines Vorstandsmitgliedes in Gemeinschaft mit einem Prokuristen.

§ 5 Aufgaben

- (1) Der Vorstand hat nach Maßgabe der Gesetze und der Satzung den Verein unter eigener Verantwortung so zu leiten, wie es das Wohl der Versicherten, des Betriebes und seiner Mitarbeiter erfordert. Der Vorstand ist ermächtigt, Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu ändern.
- (2) Der Vorstand bestellt die Prokuristen und Bevollmächtigten.
- (3) Zur Vertretung Dritten gegenüber sind die Vorstandsmitglieder von der Beschränkung des § 181 BGB befreit.

B. Aufsichtsrat

§ 6 Zusammensetzung, Wahlen, Amtsdauer

- (1) Der Aufsichtsrat besteht aus 15 Mitgliedern.
- (2) Die Amtszeit der Mitglieder des Aufsichtsrates läuft bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, nicht mitgerechnet.
- (3) Ergänzungswahlen erfolgen für den Rest der Amtszeit eines ausgeschiedenen Mitgliedes in der nächsten Mitgliederversammlung.
- (4) Die Mitgliedervertretung kann die Bestellung eines von ihr gewählten Aufsichtsratsmitgliedes aus wichtigen Gründen mit Zweidrittelmehrheit widerrufen.
- (5) Ein Mitglied des Aufsichtsrates kann sein Amt jederzeit durch schriftliche Erklärung in der Weise niederlegen, dass es mit Ablauf der nächsten ordentlichen Versammlung der Mitgliedervertretung ausscheidet. Eine fristlose Niederlegung des Aufsichtsratsamtes ist zulässig, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder der Vorsitzende des Aufsichtsrates damit einverstanden ist.

§ 7 Geschäftsordnung, Vorsitz, Vergütung

- (1) Der Aufsichtsrat gibt sich seine Geschäftsordnung selbst; er ist berechtigt, einzelne seiner Geschäfte Ausschüssen zu übertragen.
- (2) Der Aufsichtsrat wählt unverzüglich nach Beginn seiner Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und bis zu vier Stellvertreter.
- (3) Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten außer dem Ersatz ihrer baren Auslagen eine jährliche Vergütung, deren Höhe die Mitgliedervertretung beschließt.
- (4) Der Aufsichtsrat hat zu seinen Sitzungen und den Sitzungen seiner Ausschüsse die Vorstandsmitglieder einzuladen, sofern nicht deren persönliche Angelegenheiten beraten werden sollen.

§ 8 Aufgaben

Außer den gesetzlich festgelegten Rechten und Pflichten obliegt dem Aufsichtsrat insbesondere:

- a) Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und Regelung ihrer Dienstverhältnisse,
- b) Bestimmung eines Abschlussprüfers gemäß § 341k Abs. 2 HGB in Verbindung mit § 318 Abs. 1 HGB,
- c) Bestellung des Treuhänders und seines Stellvertreters gemäß §§ 70 und 71 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
- d) die Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 12 Abs. 2, 11a Abs. 2a VAG,
- e) Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer Bedeutung,
- f) Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Unternehmungen,
- g) Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder,
- h) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung, die nur deren Fassung betreffen oder die von der Aufsichtsbehörde vor Genehmigung des Änderungsbeschlusses verlangt werden.

C. Mitgliedervertretung

§ 9 Zusammensetzung, Wahlen

- (1) Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Vereins.
- (2) Die Mitgliedervertretung besteht aus mindestens 28, höchstens 60 Mitgliedervertretern. Die Mitgliedervertretung kann in diesem Rahmen die Zahl der Mitgliedervertreter jederzeit durch Zuwahl erhöhen.
- (3) Als Mitgliedervertreter können nur Vereinsmitglieder gewählt werden. Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes können der Mitgliedervertretung nicht angehören.
- (4) Mitgliedervertreter scheiden aus der Mitgliedervertretung aus, wenn sie die Mitgliedschaft verlieren, das Insolvenzverfahren über ihr Vermögen eröffnet wird oder sie durch rechtskräftiges Urteil die Fähigkeit verlieren, öffentliche Ämter zu bekleiden.
- (5) Erlischt das Amt eines Mitgliederververtreters gemäß Absatz 4, so kann die Mitgliedervertretung einen Nachfolger für den Rest der Amtszeit des Ausgeschiedenen wählen. In allen anderen Fällen bestimmt die Mitgliedervertretung die Amtszeit, die so zu bemessen ist, dass die in Absatz 7 vorgesehene Regelung laufend eingehalten werden kann.
- (6) Wenn die Mitgliedervertretung ihre Auflösung mit Zweidrittelmehrheit beschließt oder mindestens 5000 Mitglieder schriftlich die Auflösung der Mitgliedervertretung fordern, findet eine Neuwahl der Mitgliedervertretung durch alle Mitglieder statt.
- (7) Die ordentliche Amtszeit der Mitgliedervertreter beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung (§ 10 Abs. 1). Die Mitgliedervertretung besteht aus vier Gruppen A, B, C und D mit je 7 bis 15 Mitgliedervertretern. Alljährlich scheidet turnusmäßig eine Gruppe aus; sie wird durch Neuwahl ersetzt.
- (8) Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig. Die gesamte Amtszeit eines Mitgliederververtreters darf insgesamt höchstens zwölf Jahre betragen.
- (9) Bei Neuwahlen oder Ergänzungswahlen muss die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Mitgliedervertretung entsprechend berücksichtigt werden.
- (10) (Übergangsvorschrift zu den auf der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen der Absätze 2, 7 und 8)

Die bestehende Mitgliedervertretung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Mitgliederversammlung die amtierenden Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Regelung des Absatzes 9 auf die nach Absatz 7 Satz 3 einzurichtenden vier Gruppen A, B, C und D auf. Die Amtszeit der auf die vier Gruppen aufgeteilten Mitgliedervertreter endet im Hinblick auf Absatz 7 Satz 4 erstmals

- a) für die der Gruppe A zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2013 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- b) für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- c) für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- d) für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliederversammlung.

Für die nach Ziffer 8 vorzunehmenden Berechnung der Höchstzeit der gesamten Amtszeit eines Mitgliedervertreters ist die bis zur Beendigung der ordentlichen Mitgliederversammlung 2011 zurückgelegte bisherige Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter nicht zu berücksichtigen.

§ 10 Ort, Einberufung, Vorsitz

(1) Ordentliche Mitgliederversammlungen finden alljährlich innerhalb der ersten acht Monate des Geschäftsjahres statt. Weitere Mitgliederversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder auf begründeten schriftlichen Antrag von mindestens einem Viertel der Mitgliedervertreter einberufen werden. Die Mitgliederversammlungen finden am Sitz des Vereins bzw. einer Landes- oder Filialdirektion der SIGNAL IDUNA Gruppe statt.

(2) Die Mitgliedervertretung ist unter Bekanntmachung der Tagesordnung einschließlich der Beschlussvorschläge durch den Vorstand mindestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuberufen. Innerhalb von 12 Tagen nach Bekanntmachung der Einberufung sind die Mitgliedervertreter unter Bekanntmachung der Tagesordnung nebst Vorschlägen zur Beschlussfassung zu der Versammlung gesondert einzuladen.

(3) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder einer seiner Stellvertreter. Auf Antrag kann sich die Mitgliedervertretung unter Leitung des an Lebensjahren ältesten Mitgliedervertreters einen Verhandlungsvorsitzenden selbst wählen. Die Vorstandsmitglieder und die Mitglieder des Aufsichtsrates nehmen an den Versammlungen der Mitgliedervertretung teil.

(4) Anträge zur Beschlussfassung, die von mindestens 100 Mitgliedern dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliederversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 11 Beschlussfassung

(1) Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitgliedervertreter beschlussfähig.

(2) Kommt bei einer Wahl eine einfache Stimmenmehrheit nicht zustande, so findet eine engere Wahl zwischen den Personen statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

§ 12 Recht der Minderheit

Rechte, die das Gesetz einer Minderheit einräumt, stehen einer Minderheit von vier Mitgliedervertretern zu.

§ 13 Aufgaben, Vergütung

(1) Der Mitgliedervertretung obliegt insbesondere:

- a) Entgegennahme des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Berichtes des Aufsichtsrates,
- b) Feststellung des Jahresabschlusses in den Fällen des § 173 Absatz 1 des Aktiengesetzes,
- c) Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
- d) Wahlen zum Aufsichtsrat,
- e) Beschlussfassung über Widerruf der Bestellung von Mitgliedern des Aufsichtsrates,
- f) Festsetzung der Vergütung für die Mitglieder des Aufsichtsrates,
- g) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung,
- h) Beschlussfassung über Angelegenheiten, in denen der Vorstand eine Entscheidung der Mitgliedervertretung verlangt,
- i) Beschlussfassung über die Auflösung des Vereins und seinen Übergang auf ein anderes Versicherungsunternehmen.

(2) Die Mitgliedervertreter erhalten eine angemessene Entschädigung für den zeitlichen Aufwand in Form einer Vergütung, die von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird. Sie haben daneben bei Teilnahme an Sitzungen Anspruch auf Tage- und Übernachtungsgelder sowie auf Erstattung sonstiger Auslagen, deren Höhe ebenfalls von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird.

Rechnungslegung

§ 14 Geschäftsjahr, Jahresabschluss, Lagebericht

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Der Vorstand hat den Jahresabschluss und einen Lagebericht für das vergangene Geschäftsjahr aufzustellen und nach Prüfung durch den Abschlussprüfer mit dem Prüfungsbericht sowie einem Vorschlag für die Verteilung des Überschusses dem Aufsichtsrat unverzüglich vorzulegen.

(3) Die ordentliche Mitgliederversammlung beschließt jährlich nach Entgegennahme des vom Aufsichtsrat zu erstattenden Berichtes in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes, des Aufsichtsrates und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über die Feststellung des Jahresabschlusses.

§ 15 Geldanlagen, Rückstellungen, Rücklagen

(1) Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und nach den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

(2) Der Verein hat versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden, die zur Erfüllung derjenigen Versicherungsverpflichtungen notwendig sind, welche aus den am Bilanzstichtag laufenden Versicherungsverträgen herrühren. Auf die Deckungsrückstellung finden die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften Anwendung.

(3) Soweit die technischen Berechnungsgrundlagen vorsehen, dass Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitskosten- und Krankengeldwagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins mit Rücksicht auf das Älterwerden der versicherten Personen für die Zukunft ausgeschlossen.

(4) a) Der Verlustrücklage gemäß § 37 VAG sind mindestens 5 v. H. des Überschusses eines Geschäftsjahres solange zuzuweisen, bis sie 12 1/2 v. H. der durchschnittlichen Jahresbeitragsentnahmen der letzten 3 Jahre beträgt oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht.

b) Außerdem können andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Die Höhe der Zuweisungen wird vom Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates festgelegt.

c) Der nach Vornahme der Abschreibungen, Wertberichtigungen, Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen.

d) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet, die hierauf einen Rechtsanspruch haben. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen. Als Form der Verwendung kann der Vorstand wählen: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung sowie Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Verwendung von Mitteln kann z.B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.

e) Abweichend von d) dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(5) Ein sich beim Abschluss eines Geschäftsjahres ergebender Jahresfehlbetrag ist zunächst aus der Verlustrücklage zu decken.

Änderungen

§ 16 Satzung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarife mit Tarifbedingungen

(1) Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen einer Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitgliedervertreter.

(2) Änderungen der Satzung, welche die Versicherungsverhältnisse nicht berühren, gelten für alle Mitglieder.

(3) Änderungen des § 15 Abs. (4) und (5) haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse der Mitglieder. Dasselbe gilt für Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder, soweit dies in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorgesehen ist.

(4) Änderungen der Satzung werden mit dem Zeitpunkt ihrer Eintragung in das Handelsregister wirksam. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife mit Tarifbedingungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die schriftliche Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Etwaige bei Inkrafttreten der Änderungen durch Eintritt eines Versicherungsfalles bereits erworbene und bestehende Ansprüche werden hiervon nicht berührt.

Auflösung

§ 17

Für den Fall der Auflösung gelten die gesetzlichen Bestimmungen.



SIGNAL IDUNA Gruppe

Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon 0231 135-0
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 040 4124-0
Fax 040 4124-2958

info@signal-iduna.de
www.signal-iduna.de

Ganz in Ihrer Nähe