



Vorsorge für den Pflegefall treffen.

Schützen Sie sich und Ihre Angehörigen rechtzeitig vor den finanziellen Folgen im Pflegefall.

Kunden empfehlen
die Württember-
gische Kranken-
versicherung AG.



- Pflege tagegeld PremiumPlus mit:
- Leistung bei Demenz
 - 100 % Leistung bei stationärer Pflege ab Pflegestufe I
 - Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit
 - Weltweitem Versicherungsschutz



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Jung, beweglich, gesund: doch leider nicht für immer.

Früher über Pflegebedürftigkeit nachdenken.

Unsere Lebenserwartung steigt, unsere Lebensqualität heute ist hoch: wird es auch morgen so sein?

Dank des medizinischen Fortschritts, körperlich leichterer Arbeit und guter Ernährung werden wir immer älter.

Unsere Hoffnung, diesen Lebensabschnitt bei bester körperlicher und geistiger Gesundheit zu erleben, wird aber leider nicht immer erfüllt. Über 2,5 Millionen Menschen sind derzeit in Deutschland auf Pflege angewiesen und deren Zahl steigt kontinuierlich.

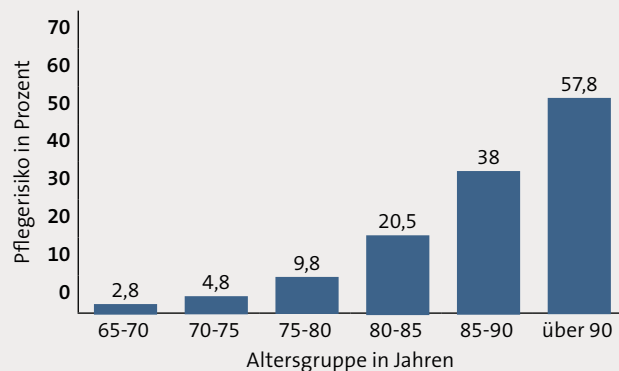
Eine Pflegezusatzversicherung ist Vermögens- und Einkommensschutz für Sie und Ihre Familie.

Gute, professionelle Pflege ist naturgemäß aufwändig und daher sehr teuer. Das gilt im Heim genauso wie zu Hause. Auch wenn mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ab 2013 die gesetzlichen Leistungen in der Pflegestufe I und II und für Demenzpatienten erhöht wurden, reicht das Geld der gesetzlichen Pflegeversicherung dafür bei Weitem nicht. Es droht Monat für Monat eine große Versorgungslücke, die Sie mit Ihrer Rente und mit Ihren Ersparnissen schließen müssen. Können Sie die Kosten im Pflegefall nicht durch Ihr sonstiges Vermögen decken oder ist dieses aufgebraucht, dann ist auch Ihr Wohneigentum in Gefahr.

Kinder haften für ihre Eltern.

Wenn im Alter Ihr Vermögen aufgezehrt ist, kann das Sozialamt sogar Ihren Ehepartner oder Ihre unterhaltspflichtigen Kinder zur Deckung der Kosten heranziehen.

Mit der steigenden Lebenserwartung erhöht sich auch das Pflegerisiko.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse.



Vermögensrisiko durch Pflege.

Pflegekosten ¹⁾ p.a.	39.600 €		
– Gesetzliche Leistungen ²⁾ (1.550 € x 12 Monate)	18.600 €		
= Lücke p.a.	21.000 €	×	Dauer der Pflege 5 Jahre
		=	Vermögensrisiko durch Pflege 105.000 €

1) Kostensatz Pflegeheim 3.300 € x 12 Monate

2) Pflegestufe III.

Richtig und gut versorgt bis ins hohe Alter.

Mit dem Pflegetagegeld Ihrer Württembergischen.

Schon für einen geringen Beitrag können Sie unbeschwert in die Zukunft blicken – von jetzt an ein Leben lang.

Sie und Ihre Angehörigen sind mit unserer Versicherung vor den finanziellen Folgen im Pflegefall geschützt. Mit dem Pflegetagegeld sind Sie vom ersten Tag an abgesichert, für die gesamte Dauer der Pflegebedürftigkeit. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie zu Hause von Angehörigen oder im Heim von Pflegekräften betreut werden: Sie können ohne Kostennachweis völlig frei über Ihr Pflegetagegeld verfügen. So sind Sie im Pflegefall bis ins hohe Alter optimal versorgt.

Die Pluspunkte des Pflegetagegelds PremiumPlus (PTPU).

Wenn Sie bei Ihrer Pflegevorsorge optimal abgesichert sein wollen, empfehlen wir Ihnen das Pflegetagegeld PremiumPlus. Es lässt keine Wünsche offen, unterstützt Sie bereits ab Pflegestufe 0 (Demenz) und leistet das volle, vereinbarte Tagesgeld bei stationärer Pflege (ab Pflegestufe I). Sollten Sie pflegebedürftig werden, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt keine Beiträge mehr bezahlen.

- Leistung ab Pflegestufe 0 (Demenz).
- 100 % Leistung bei stationärer Pflege ab Pflegestufe I.
- Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit.
- Dynamik: Die Höhe des Pflegetagegelds kann an die sich ändernden Kosten angepasst werden. Der Tarif sieht eine jährliche Leistungsdynamik in Höhe von 4 % vor.
- Weltweiter Versicherungsschutz.
- Nachversicherungsgarantie bis zum Alter 65: Bei Tod oder Pflegebedürftigkeit des Ehepartners kann das Pflegetagegeld einmalig um bis zu 20 % ohne Gesundheitsprüfung erhöht werden.
- Option Gesetzesänderung: Legt der Gesetzgeber die Einteilung der Pflegestufen neu fest, garantieren wir bereits heute eine Wechselmöglichkeit in deswegen eingeführte, adäquate Pflegezusatztarife ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Weitere Serviceleistungen:

- **Pflegeplatzvermittlung:** In Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner sind wir Ihnen bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz behilflich.
- **Wohnraumberatung:** Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, nennen wir Ihnen spezialisierte Wohnraumberater, die wissen, welche räumlichen Anpassungen sinnvoll sind. Eine Haftung unsererseits besteht für diese Leistung nicht.

Unsere Alternativen – PTU1, PTU2 und PTU3.

Wollen Sie mit einem kostengünstigen, aber dennoch leistungsstarken Pflegetagegeld der Württembergischen Ihre Pflegevorsorge verbessern, liegen Sie mit den Tarifen PTU1, PTU2 und PTU3 genau richtig. Bei allen drei Tarifen profitieren Sie von folgenden Leistungen:

- Einmalzahlung bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls.
- Beitragsfreistellung bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls.
- Dynamik: Mindestens alle 5 Jahre erhalten Sie ein Angebot, den Schutz an die Entwicklung der Pflegekosten anzupassen.
- Option Gesetzesänderung.
- Optionsrecht: Bis zum Alter von 50 Jahren können Sie zu bestimmten Terminen ohne erneute Gesundheitsprüfung vom Tarif PTU2 in den Tarif PTU1 und vom Tarif PTU3 in einen der Tarife PTU1 oder PTU2 wechseln.

Absicherung nach Maß.

Leistungen...		PremiumPlus Tarif PTPU	Premiumschutz Tarif PTU1	Kompaktschutz Tarif PTU2	Grundschutz Tarif PTU3
bei Demenz (Pflegestufe 0)		30 % des vereinbarten Tagegelds	keine Leistung		
bei Pflegestufe I	stationär	100 % des vereinbarten Tagegelds	40 % des vereinbarten Tagegelds	40% des vereinbarten Tagegelds bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	
	ambulant	40 % des vereinbarten Tagegelds			
bei Pflegestufe II	stationär	100 % des vereinbarten Tagegelds	70 % des vereinbarten Tagegelds		70 % des vereinbarten Tagegelds bei unfallbe- dingter Pflegebedürftigkeit
	ambulant	70 % des vereinbarten Tagegelds			
bei Pflegestufe III stationär + ambulant		100 % des vereinbarten Tagegelds			
Beitragsbefreiung		bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 0	bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls (ab Pflegestufe I)		
Einmalzahlung		30-facher Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftig- keit ab Pflegestufe I	60-facher Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I infolge eines Unfalls		
Dynamik		jährliche Leistungsdynamik in Höhe von 4 %	mindestens alle 5 Jahre wird angeboten, den Schutz an die Entwicklung der Pflegekosten anzupassen		
Erhöhungsoption		stirbt der Ehegatte oder Lebenspartner oder wird dieser pflegebedürftig, kann das Tagegeld um 20 % erhöht werden (bis zum 65. Lebensjahr)	keine Erhöhungsoption		



Mit dem Pflegetagegeld
der Württembergischen
können Sie beruhigt in
die Zukunft blicken!

Antrag Pflegefallabsicherung

bei der Württembergischen Krankenversicherung AG.

Württembergische
Krankenversicherung AG
70163 Stuttgart



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Versicherungs-Nr.				Gruppenvertrags-Nr.			
Kunden-Nr.		Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ
Mitwirkung				Anteil Mitw.		Abweichende Abschluss-Agentur	

Beratungsprotokoll

Grund für Gespräch/Kundenwunsch	☐ Ergänzung der gesetzlichen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung.
Empfehlung und Begründung des Vermittlers	☐ Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der erhobenen Risikodaten, des Versicherungsangebots sowie der Annahmerichtlinien. Der Umfang der gewünschten Versicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen und der Leistungsvarianten – erläutert. Der aufgenommene Antrag entspricht dem Kundenwunsch und der Empfehlung des Vermittlers und deckt den ermittelten Versicherungsbedarf angemessen ab.
Zusätzliche abweichende Empfehlung	Aufgrund der individuellen Situation des Kunden empfiehlt der Vermittler zusätzlich/stattdessen den Abschluss folgender Kranken-/Pflege-Zusatzversicherungen ☐
Gründe für die abweichende Kundenentscheidung	☐ Der Beitrag für den empfohlenen Versicherungsschutz ist dem Kunden zu hoch. ☐ Die vorgeschlagene Risikoabsicherung wird vom Kunden nicht als erforderlich erachtet. ☐ Der Kunde hat das Risiko bereits versichert.
Unterschriften	Ort, Datum Unterschrift des Kunden X

Antrag Pflegefallabsicherung

Antragsteller (Versicherungsnehmer)		☐ Neukunde	☐ Mitarbeiter im W&W-Konzern
☐ Herr	Titel/Vorname/Zuname		
☐ Frau			
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Derzeitige berufliche Tätigkeit	
Telefon	Fax	E-Mail	

X Ja, ich wähle die Pflegefallabsicherung und beantrage ein **Pflege tagegeld** zum Versicherungsbeginn

0 1 | M M J J J J

Zu versichernde Person 1 = VN oder		☐ Herr	Vorname/Zuname	
		☐ Frau		
Geburtsdatum	Derzeitige berufliche Tätigkeit			
T T M M J J J J				
☐ PremiumPlus (PTPU)	☐ Premiumschutz (PTU1)	☐ Kompaktschutz (PTU2)	☐ Grundsatz (PTU3)	☐ Ergänzung zum Tarif PT1 (PTE)
Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld (wie PT1)
€	€	€	€	€
Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag
€	€	€	€	€
				* insgesamt max. 75 €
Mtl. Gesamtbeitrag				€

Zu versichernde Person 2		☐ Herr	Vorname/Zuname	
		☐ Frau		
Geburtsdatum	Derzeitige berufliche Tätigkeit			
T T M M J J J J				
☐ PremiumPlus (PTPU)	☐ Premiumschutz (PTU1)	☐ Kompaktschutz (PTU2)	☐ Grundsatz (PTU3)	☐ Ergänzung zum Tarif PT1 (PTE)
Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld (wie PT1)
€	€	€	€	€
Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag
€	€	€	€	€
				* insgesamt max. 75 €
Mtl. Gesamtbeitrag				€

Zu versichernde Person 3		☐ Herr	Vorname/Zuname	
		☐ Frau		
Geburtsdatum	Derzeitige berufliche Tätigkeit			
T T M M J J J J				
☐ PremiumPlus (PTPU)	☐ Premiumschutz (PTU1)	☐ Kompaktschutz (PTU2)	☐ Grundsatz (PTU3)	☐ Ergänzung zum Tarif PT1 (PTE)
Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld*	Pflege tagegeld (wie PT1)
€	€	€	€	€
Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag	Monatlicher Beitrag
€	€	€	€	€
				* insgesamt max. 75 €
Mtl. Gesamtbeitrag				€

Zahlweise monatlich (ab 10 Euro) oder ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich (2 % Skonto) ☐ jährlich (4 % Skonto)

Gesetzliche/private Krankenversicherung	Bei welcher Kasse/welchem Unternehmen besteht die Krankenversicherung?		
Person 1	Person 2	Person 3	

Pflegeversicherung

Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung?

Person 1	Person 2	Person 3
☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen

Wichtig!

Folgende Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrages sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- ☐ Produktinformationsblatt
☒ Informationsheft „Pflegetagegeld – Grundlagen Ihrer Pflegetagegeldversicherung und weitere Informationen“
 + Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick (nach § 7 VVG)
 + Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
 + Merkblatt zur Datenverarbeitung

Falls Unterlagen in elektronischer Form (z.B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden.

Bitte beachten Sie die **wichtigen Hinweise zum Vertragsschlussverfahren auf Seite 6.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Stand der erhaltenen Unterlagen
März 2014

Gesundheitsfragen

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus.

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. **Wir weisen Sie auch auf die gesonderte Mitteilung auf Seite 8 in Bezug auf Anzeigepflichtverletzungen hin. Diese finden Sie unter der Überschrift „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“.**

Wichtig: Muss eine oder mehrere der Fragen 1. bis 4. mit „ja“ beantwortet werden, kann leider kein Versicherungsschutz angeboten werden.

Beachten Sie die wichtigen Hinweise (zu Gesundheitsfragen) auf Seite 7.

Wir benötigen die Antworten zur Durchführung der ordnungsgemäßen Risikoprüfung.

	Person 1	Person 2	Person 3
1. Ist der Body-Mass Index (BMI) größer als 36? Dieser berechnet sich wie folgt: Teilen Sie das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Meter. Das Ergebnis nochmals durch die Körpergröße in Meter teilen – jetzt haben Sie den Body-Mass Index. Beispiel: Körpergröße von 1,80 Meter und Gewicht von 85 Kilogramm. Daraus berechnet sich der BMI mit $85 : 1,8 = 47,22 : 1,8 = 26,2$ (BMI) Bitte geben Sie zusätzlich noch Körpergröße und Gewicht an:	☐ nein ☐ ja Größe: cm Gewicht: kg	☐ nein ☐ ja Größe: cm Gewicht: kg	☐ nein ☐ ja Größe: cm Gewicht: kg
2. Wurde bereits ein Antrag auf eine private Pflegeversicherung abgelehnt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
3. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Pflegebedürftigkeit, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit oder eine anerkannte Schwerbehinderung von mindestens 50% oder wurden jemals Anträge auf Leistungen wegen dieser Fälle gestellt?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
4. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen statt wegen einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen (durch einen Arzt festgestellt)? Schlaganfall, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Durchblutungsstörung des Gehirns, Erkrankung des Gehirns, Blutgerinnungsstörung, arterielle Verschlusskrankung, Diabetes Mellitus, Epilepsie, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Morbus Huntington, Neurose, Psychose, schwere Depression, Essstörungen, Schizophrenie, Suchterkrankung, bösartiger Tumor, Leukämie, HIV Infektion, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, Rheuma, Polyarthrit, Polyneuropathie, Morbus Bechterew, Arthrose mit Funktionsbeeinträchtigungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, chronische Pankreatitis, chronische Nierenerkrankung, Nierenversagen, chronische Lebererkrankung, chronische Lungenerkrankung, chronische Muskelerkrankung? Hinweis: Auf Seite 7 sind einige der hier genannten Erkrankungen näher erläutert.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben!

Person 1	☐ Herr ☐ Frau
Person 2	☐ Herr ☐ Frau
Person 3	☐ Herr ☐ Frau

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Württembergische Krankenversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzgesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),

- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Württembergischen Krankenversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Württembergische Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesund-

heitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Für Person 1: ☐ Für Person 2: ☐ Für Person 3: ☐

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Württembergische Krankenversicherung AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Württembergische Krankenversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Württembergische Krankenversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Für Person 1: ☐ Für Person 2: ☐ Für Person 3: ☐

Ich wünsche, dass mich die Württembergische Krankenversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Württembergische Krankenversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Württembergische Krankenversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Württembergische Krankenversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Württembergischen Krankenversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Württembergische Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Württembergische Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch,

sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist auf Seite 6 angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „KV31011“ eingesehen oder bei Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Vertragsservice, Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice, Tel.-Nr. 0711/662722112, E-Mail: kranken@wuerttembergische.de angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Württembergische Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergischen Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Ansprüche im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Württembergische Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende

des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

■ Beginn Versicherungsschutz

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz auch dann mit dem im Versicherungsschein angegebenen Tag beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt die Widerrufsfrist noch nicht abgelaufen ist.

■ Einwilligungserklärung (gilt für den Antragsteller)

Hinweise siehe Seite 6 unter „Ihr Einverständnis zu einer umfassenden Beratung per Telefon oder E-Mail“

Ich möchte auch weiterhin aktiv beraten und informiert werden:

- ☐ Ja, ich bin mit der Nutzung meiner Daten zum Zweck der Information über Finanzdienstleistungen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe per Telefon einverstanden.
- ☐ Ja, ich bin mit der Nutzung meiner Daten zum Zweck der Information über Finanzdienstleistungen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe per E-Mail einverstanden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und dass ich sie jederzeit ohne Einfluss auf den/die abgeschlossenen Vertrag/Verträge widerrufen kann.

■ SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Württembergischen Versicherung AG von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich weiß, dass durch diese Rückerstattung mein Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehme ich dem Produktinformationsblatt meines Vertrags. Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Ich verpflichte mich, dem Versicherer stets meine aktuellen Adressdaten mitzuteilen.

Württembergische Versicherung AG, 70163 Stuttgart
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ00000052734

Das Lastschriftmandat mit diesem Konto soll verwendet werden

- ☐ für diesen Vertrag.
- ☐ für alle meine bestehenden Versicherungsverträge beim Konzernverbund „Wüstenrot und Württembergische“ – bei der Württembergischen Versicherung AG, der Württembergischen Lebensversicherung AG, der Allgemeinen Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergischen Krankenversicherung AG und der Karlsruher Lebensversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname, Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Angaben zum Konto

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

LKZ

Prüfz.

BLZ

Kontonummer

zusätzlich Auslands-IBAN

D

E

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Versicherungsnehmer

Ich erteile mit meinen Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat die obige Ermächtigung zugunsten der Württembergischen Versicherung AG sowie die Anweisung an mein Kreditinstitut.

Hiermit willige ich ein, dass der mir benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge fällig wird, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn dieses Versicherungsvertrags/dieser Versicherungsverträge.

■ Wichtiger Hinweis

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 6 die „Erklärungen und Hinweise“.

Die Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur **Datenverarbeitung**; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters gelten für alle beantragten Versicherungen.

■ Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung auf Seite 7 dieses Antrags.

■ Unterschriften

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nichts weggelassen habe. Ich verpflichte mich, der Württembergischen Krankenversicherung AG entsprechende Nachweise vorzulegen und Veränderungen anzuzeigen. Wir weisen Sie auch auf die gesonderte Mitteilung auf Seite 8 in Bezug auf Anzeigepflichtverletzungen hin. Diese finden Sie unter der Überschrift „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“. Eine Durchschrift des Antrags habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und Kontoinhabers

(1) Unterschrift der zu versichernden Person 1 (ab 16. Lebensjahr)

(2) Unterschrift der zu versichernden Person 2 (ab 16. Lebensjahr)

(3) Unterschrift der zu versichernden Person 3 (ab 16. Lebensjahr)

Unterschrift Vermittler/Tel.-Nr.

Erklärungen und Hinweise

■ Wichtige Hinweise zum Vertragsschlussverfahren

1. Haben Sie rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten, werden wir Ihren Antrag umgehend prüfen.
Der Vertrag kommt erst zustande, wenn Sie von uns Ihren Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung erhalten.
2. Falls Sie nicht rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten haben, werden wir Ihren Antrag als Aufforderung ansehen, Ihnen ein Angebot zum Abschluss von Versicherungsverträgen zu unterbreiten.
Wir erstellen für Sie dann umgehend ein aussagefähiges Angebot mit allen oben genannten Informationen und Unterlagen.
Die Versicherungsverträge kommen in diesem Fall erst dann zustande, wenn Sie uns Ihre Annahmeerklärung unterzeichnet zurücksenden. Sie erhalten von uns daraufhin nochmals eine Information, die das Zustandekommen der Verträge bestätigt.
3. Vor der schriftlichen Annahme meines Antrags durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins wird mir von der Gesellschaft empfohlen, meine bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.

■ Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. **Verantwortlichkeit für den Antrag**
Ich habe die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angegeben. Der Erhalt einer schriftlichen Annahmeerklärung durch den Versicherer steht dem Erhalt des Versicherungsscheins gleich.
Ich weiss, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und infolgedessen unter Umständen die Leistung verweigern kann.
2. **Es gelten zu den jeweils ausgewählten Tarifen zusätzlich die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen:**
Für die Private Pflegezusatzversicherung
– Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung und Tarifbedingungen.

Ihr Einverständnis zu einer umfassenden Beratung per Telefon oder E-Mail

Wozu benötigen wir Ihre Einwilligung?

Die Wüstenrot & Württembergische-Gruppe möchte Sie als DER Vorsorge-Spezialist individuell rund um die Themen Absicherung, Wohneigentum, Risikoschutz und Vermögensbildung beraten. Deshalb möchten wir bzw. der Sie betreuende Vermittler und/oder Außendienstmitarbeiter Sie von Zeit zu Zeit per Telefon oder E-Mail kontaktieren, um z.B. einen Gesprächstermin zu vereinbaren. So können wir Sie schnell und unkompliziert z.B. über fällige Geldanlagen, Wiederanlagemöglichkeiten oder auch über eine Verbesserung Ihres Versicherungsschutzes informieren. Dazu benötigen wir Ihre Einwilligung. Denn nur so können wir unsere Angebote optimal auf Ihre Bedürfnisse zuschneiden und per Telefon oder E-Mail Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Wer nutzt Ihre Einwilligung?

Der Sie betreuende Vermittler und Außendienstmitarbeiter sowie folgende Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe:

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Lebensversicherung AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank
- Wüstenrot Immobilien GmbH

Liste über datenverarbeitende Stellen der Württembergischen Krankenversicherung AG

Stellen und Kategorien von Stellen, die **vereinbarungsgemäß ausschließlich einfache personenbezogene Daten** (z.B. Information, dass ein Krankenversicherungsvertrag besteht) für die Württembergische Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Karlsruher Lebensversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebsservice GmbH
- Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Service GmbH
- W&W Europe Life Limited
- W&W Produktion GmbH
- WIT Services s.r.o.

Übertragene Aufgaben

Die Unternehmen der W&W-Gruppe verwenden Ihre Daten zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

- gesetzliche Krankenkassen, mit denen Kooperationsverträge bestehen und bei denen Ihre gesetzliche Kranken- und / oder Pflegeversicherung durchgeführt wird

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Vermittlung von Versicherungsschutz durch gesetzliche Krankenkassen.

- Chipkartenhersteller

Übertragene Aufgaben:

Herstellung und Ausgabe der Card für Privatversicherte.

- Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV)

Übertragene Aufgaben:

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) im Rahmen der steuerlich berücksichtigungsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Deutsche Rentenversicherung Bund – DEÜV-Postfach-Meldeverfahren

Übertragene Aufgaben:

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Sechsten Sozialgesetzbuch (SGB VI) im Rahmen der Beitragszahlung zur Rentenversicherung für Pflegepersonen. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Bundesversicherungsamt

Übertragene Aufgaben:

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Rahmen der Beitragszahlungspflicht zur Pflegepflichtversicherung.

- Stellen und Kategorien von Stellen, die **vereinbarungsgemäß einfache personenbezogene Daten** (z.B. Information, dass ein Krankenversicherungsvertrag besteht) und **Gesundheitsdaten** für die Württembergische Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Übertragene Aufgaben:

Außergerichtliche Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

- gesetzliche Krankenkassen, mit denen Kooperationsverträge bestehen und bei denen Ihre gesetzliche Kranken- und / oder Pflegeversicherung durchgeführt wird

Übertragene Aufgaben:

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Vermittlung von Versicherungsschutz durch gesetzliche Krankenkassen. Wenn Sie uns eine Einwilligung zur Datenweitergabe von Gesundheitsdaten im Rahmen von ausgewählten Versicherungstarifen im Zusammenhang mit der Kostenersatzung erteilt haben, werden zusätzlich auch die Gesundheitsdaten übermittelt. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Assistancedienstleister

Übertragene Aufgaben:

Erbringung von vereinbarten Assistancelleistungen bei Auslandsreisen und im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Leistungserbringer von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Rehabilitations- und Pflegebedarf

Übertragene Aufgaben:

Erbringung von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Rehabilitations- und Pflegebedarf. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Privatermittler

Übertragene Aufgaben:

Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung.

- Beauftragte Rechtsanwälte

Übertragene Aufgaben:

Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalls.

- SCHUFA Holding AG

Übertragene Aufgaben:

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten (Bonität) und Wahrscheinlichkeitswerten auf der Grundlage des SCHUFA-Datenbestandes zur Beurteilung des Kreditrisikos (Score).

- infoscore Consumer Data GmbH

Übertragene Aufgaben:

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten (Scoring).

■ Wichtige Hinweise

Gesundheitsfragen

Falls gewisse Gesundheitsfragen dem Vermittler gegenüber nicht gemacht werden möchten, können diese innerhalb von drei Tagen dem Vorstand gegenüber durch eingeschriebenen Brief nachgemeldet werden.

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass die Württembergische Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern kann. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (Siehe Seite 8).

Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Dabei ist wichtig, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Ihnen Einzelheiten einer ärztlichen Behandlung nicht bekannt oder nicht mehr in Erinnerung sind, wäre es hilfreich, wenn Sie Ihren Arzt befragen. Dieser bewahrt Patientenakten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf.

Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antrags- oder Angebotsanforderungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. oder den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen oder Angebotsanforderungen, im Falle der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler der Wüstenrot & Württembergische Gruppe sowie die Kooperationspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen verarbeiten und nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlichen Informationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Widerrufsbelehrung

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: Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, E-Mail Adresse: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de, Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise: Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung.

Erläuterung einiger, der unter Frage 4 auf Seite 5 genannten Erkrankungen:

Erkrankung	Was verbirgt sich dahinter?
Koronare Herzkrankheit	Chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße
Herzinsuffizienz	Funktionsstörung des Herzens, welches deshalb den Körper nicht ausreichend mit Blut versorgen kann
Arterielle Verschlusskrankheit	Störung der arteriellen Durchblutung der Extremitäten
Diabetes Mellitus	Störung des Zuckerstoffwechsels im Körper
Epilepsie	Krampfanfallsleiden
Alzheimer-Krankheit	Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Gehirns
Parkinson-Krankheit	Langsam fortschreitende neurologische Erkrankung mit Absterben von Nervenzellen
Morbus Huntington	Schwere neurologische Erkrankung des Gehirns
Schizophrenie	Schwere psychische Erkrankung mit Störungen des Denkens und der Wahrnehmung
Mukoviszidose	Stoffwechselerkrankung, bei der die Schleimdrüsen dickflüssigen, zähen Schleim produzieren, der vor allem Verdauungsorgane und Lunge schädigt
Multiple Sklerose	Schwere chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit einem schubweisen Verlauf
Polyarthrit	Chronische entzündliche Erkrankung der Gelenke (fünf oder mehr Gelenke sind betroffen)
Polyneuropathie	Erkrankung des peripheren Nervensystems unterschiedlichster Ursache, die mit Muskelschwäche und Gefühlsstörungen einhergeht
Morbus Bechterew	chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung mit Schmerzen und Versteifung von Gelenken
Osteoporose	Knochenschwund, welcher zur erhöhten Brüchigkeit von Knochen führt
Schlafapnoe	Atemstillstände während des Schlafens
Morbus Crohn	Chronisch entzündliche Darmerkrankung im unteren Dünndarm und Dickdarm, schubweise verlaufend
Colitis ulcerosa	Chronisch entzündliche Darmerkrankung im Mastdarm und Dickdarm, schubweise verlaufend
Chronische Pankreatitis	Chronisch entzündliche Erkrankung der Bauchspeicheldrüse

Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben.

Kündigen wir den Versicherungsvertrag, wandelt er sich in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf unser Recht zur Vertragsanpassung, sofern Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

Vorstand: Norbert Heinen, Ruth Martin

Aufsichtsratsvorsitzende: Marlies Wiest-Jetter

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart

Telefon (0711) 662-0, Telefax (0711) 662-72 25 20

Registergericht:

Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

Besuchsanschrift: Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung der Gesellschaft:

Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank, Ludwigsburg

BLZ 604 200 00, Kto.-Nr. 9 000 001 900

(IBAN DE25 6042 0000 9000 0019 00/BIC: WBAGDE61)

Internet: <http://www.wuerttembergische.de>

Pflegetagegeldversicherung.

Grundlagen Ihrer Pflegetagegeldversicherung
und weitere Informationen.

Württembergische
Krankenversicherung AG
70163 Stuttgart

Stand: März 2014



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite	
Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick	3	
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	5	
Merkblatt zur Datenverarbeitung	5	
 Private Pflegezusatzversicherung		
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif PTPU	7	
Tarif PTPU Pflegetagegeldtarif PremiumPlus	12	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung nach den Tarifen PTU1, PTU2, PTU3, PTE	13	
Tarif PTU1 Pflegetagegeldtarif Premium-Schutz	18	
Tarif PTU2 Pflegetagegeldtarif Kompakt-Schutz	19	
Tarif PTU3 Pflegetagegeldtarif Grund-Schutz	20	
Tarif PTE Ergänzungsversicherung zum Tarif PT1	21	
 Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung		22
Besondere Vereinbarung für das Erweiterte Ruhen der Krankenversicherung		22
Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung		23

Verbraucherinformationen auf einen Blick

Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstr. 30, 70176 Stuttgart,
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschriften

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Norbert Heinen, Ruth Martin

4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Mediator 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 und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag / Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z.B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr von 5,00 Euro je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und im Produktinformationsblatt genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags / Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwernisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. 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 Absatz 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:

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart,
E-Mail Adresse: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung.

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Pflegegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung sowie für die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung gelten besondere Laufzeiten.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis durch Sie innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Wirksamwerden der Änderung gekündigt werden. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.

16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im

Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vorstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“ Kronenstraße 13, 10117 Berlin, eingerichtet. Weitere Informationen unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 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 mitversichert.

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, Geschlecht 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 Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des 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 werden¹⁾. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹⁾ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung: Gültig ab 23. November 2013

Wichtiger Hinweis

Bitte bewahren Sie dieses Merkblatt auf, da es Bestandteil der Einwilligung ist, die Sie der Gesellschaft für die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten schriftlich erteilt haben und die auch für eventuelle künftige Verträge gilt.

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlauben oder wenn Sie als Betroffener eingewilligt haben. Nach dem BDSG ist das Erheben, Speichern, Verändern oder Übermitteln personenbezogener Daten oder ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke zulässig, wenn es für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses mit dem Betroffenen erforderlich ist oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss.

Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. Bei Personenversicherungen, wie z. B. der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung, ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungsscheinnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben hierzu und ggfs. auch Angaben von Dritten wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsscheinnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Kfz-, Allgemeine Haftpflicht-, Lebens-, Rechtsschutz-, Sach-, Transport- und Unfallversicherer

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen.

Lebensversicherungsverträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet.

Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z.B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen.

Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Im Schaden- und Leistungsfall können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesen Fällen kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall bzw. -antrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder – soweit zulässig – auf gesetzlicher Grundlage.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter:
www.informa-irfp.de

Krankenversicherer

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu besteht beim PKV-Verband ein zentrales Hinweissystem. Die Aufnahme in dieses Hinweissystem und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel: Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht. Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe der Wüstenrot&Württembergische AG

Um Ihnen einen umfassenden Service anbieten zu können, arbeiten unsere rechtlich selbstständigen Unternehmen in der Gruppe zusammen.

Ferner sind zur Kostenersparnis einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso, die Datenverarbeitung, der Vertrieb oder die Kredit- und Mahnabteilung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. Ebenfalls werden u.a. auch Ihre Vertragsnummer, die Art der Verträge, ggfs. Ihr Geburtsdatum, Daten zu Ihrer Bankverbindung, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt.

Dabei sind die so genannten Kundenstammdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Bankverbindungen, bestehende Verträge) von allen Unternehmen unserer Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort die zuständige Stelle genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von dem Unternehmen der Gruppe abfragbar, mit dem Sie eine Vertragsbeziehung haben.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der Unternehmensgruppe Wüstenrot&Württembergische AG gehören zurzeit folgende Unternehmen an, mit denen teilweise gemeinsame Datensammlungen bestehen oder in Zukunft entstehen sollen:

Wüstenrot&Württembergische AG,
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG,
Karlsruher Lebensversicherung AG,
Württembergische Krankenversicherung AG,
Württembergische Lebensversicherung AG,
Württembergische Versicherung AG,
Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH,
Württembergische Vertriebservice GmbH,
Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank,
Wüstenrot Bausparkasse AG,
Wüstenrot Immobilien GmbH,
W&W Asset Management GmbH,
W&W Informatik GmbH,
W&W Service GmbH,
W&W Europe Life Limited,
W&W Produktion GmbH,
WIT Services s.r.o.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

Unser wesentlicher Kooperationspartner ist derzeit:
Landesbank Baden-Württemberg

6. Betreuung durch den Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsscheinnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Kooperationspartnern Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Sie zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen, so regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Ihr Versicherer verarbeitet und nutzt die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auch für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Sie können jederzeit dieser Verarbeitung und Nutzung widersprechen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1 - 18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft - gültig in Verbindung mit Tarif PTPU

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung 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, das Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung;
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;
- c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen 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.

(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 Pflegegeldversicherung 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 angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und

Ruheversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhegrund 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.

zu § 1 (2) Pflegebedürftigkeit bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

Pflegebedürftig sind auch versicherte Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

Dies setzt voraus, dass

- die versicherte Person einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.
- bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und
- der medizinische Dienst der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauffendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- d) tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden. Die Feststellung erfolgt durch den Gutachter des medizinischen Dienstes der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung.

zu § 1 (6) Zuordnung der Pflegestufen

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

- a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Pflegebedürftige Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach den Bestimmungen „zu § 1 (2) Pflegebedürftigkeit bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ gegeben ist, sind der Pflegestufe 0 zuzuordnen.

zu § 1 (11) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (11) Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz in der Pflegegeldversicherung erstreckt sich auch auf das Ausland, soweit und solange für die versicherte Person die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung besteht und daraus ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden kann.

Der Versicherungsschutz in der Pflegegeldversicherung kann auf Verlangen des Versicherungsnehmers auch auf das Ausland erstreckt werden, soweit und solange keine soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung besteht und daraus kein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung geltend gemacht werden kann. In diesem Fall gilt die Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise in zu § 6 (2) Nachweise, 3. Absatz.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(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 Warte-

zeit. 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.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn mit Beginn des Tages an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 (2) Versicherungsschutz bei Neugeborenen

Zusätzlich zu Abs. 2 Satz 1 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeit

(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.

zu § 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(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 der 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

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- 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;
- 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;
- bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;
- für Anwendungen 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.

zu § 5 (1) a) Kriegereignisse

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthaltes für das betroffene Land eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

zu § 5 (1) b) Vorsatz oder Sucht

Beruht die Pflegebedürftigkeit auf Vorsatz oder ist die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten, so bleibt die Leistungspflicht bestehen.

zu § 5 (1) d) Vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung.

zu § 5 (1) e) Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grund

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) e) entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung.

zu § 5 (1) f) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Pflegetagegeldversicherung sieht hierfür keine Leistungen vor.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nicht für die Pflegetagegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(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.

zu § 6 (1) Anspruch auf Leistungen

Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn der Leistungen in der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausbezahlt, in dem die Feststellungen und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

zu § 6 (2) Nachweise

Für Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit ist das für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung maßgeblich.

Wird kein für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung vorgelegt, kann die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt herangezogen werden. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungen einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Verlangen des Versicherungsnehmers auf das Ausland nach zu § 1 (11) 2. Absatz, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten einer Feststellung über Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, der Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, soweit sie die Kosten übersteigen, die bei Beauftragung des medizinischen Dienstes der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären. Diese Kostenregelung gilt

entsprechend im Falle zu § 1 (11), 1. Absatz, sofern der Versicherungsnehmer ein für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten nicht vorlegt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(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 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.

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung,
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0 - 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrages

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 Euro. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8 a 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 Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte 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.

zu § 8 a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegegedauern, 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 Vohundertsatz, 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 Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung 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.

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche, Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(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 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund 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.

(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.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche anzuzeigen, ab der die Mitteilung über die Festsetzung der Pflegestufe oder des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs durch die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung vorliegt, sofern keine Mitteilung durch die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung vorliegt, ab der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

zu § 9 (2) Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles bei der Pflegegeldversicherung

Die Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 besteht bei der Pflegetagegeldversicherung ausschließlich für den Beginn und das Ende einer vollstationären Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

zu § 9 (6) Anderweitig bestehende Versicherungen neben der Pflegetagegeldversicherung

Neben der Pflegetagegeldversicherung darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(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 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld 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

(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, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 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

§ 13 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) 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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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 zum 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.

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person eine Anwartschaftsversicherung vereinbaren.

zu § 13 Ruhen der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherten Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(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.

§ 15 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 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.

(4) In der Pflegetagegeldversicherung 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.

zu § 15 (1) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Todestag des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

zu § 15 (4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts

Das Versicherungsverhältnis in der Pflegegeldversicherung wird fortgesetzt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland ins Ausland verlegt und soweit und solange die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung besteht und daraus ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden kann. Hinsichtlich der Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise gelten zu § 6 (2) Nachweise, 1. und 3. Absatz entsprechend.

Das Versicherungsverhältnis in der Pflegegeldversicherung wird ferner fortgesetzt, sofern auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz gemäß zu § 1 (11), 2. Absatz, auf das Ausland erstreckt wurde und die versicherte Person ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt. In diesem Fall gilt die Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise in zu § 6 (2) Nachweise, 3. Absatz.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 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 Mitgliedsstaat 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

(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 höchstgerichtliche 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.

Teil III Tarif PTPU Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft - gültig in Verbindung mit Tarif PTPU

1. Versicherungsleistungen

1.1 Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 Euro täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 Euro.

1.2 Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I; zu § 1 (2) AVB Teil II) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	70 %
für Pflegestufe I	40 %
für Pflegestufe 0 ohne eine daneben bestehende Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen I, II oder III	30 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I; zu § 1 (6) AVB Teil II) gezahlt.

1.3 Bei bestehender Pflegebedürftigkeit wird bei vollstationärer Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	100 %
für Pflegestufe I	100 %
für Pflegestufe 0 ohne eine daneben bestehende Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen I, II oder III	30 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

1.4 Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird, in denen die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und versorgt werden können.

Keine stationären Pflegeeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Versorgung oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser.

1.5. Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person freigehalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum die Leistungen nach Ziffer 1.2 erbracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Vertragsabschluss

2.1 Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit nach Vertragsabschluss ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

2.2 Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

3. Einmalzahlung bei Pflegebedürftigkeit

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen I, II oder III erstmalig nach Vertragsabschluss ein, wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 30fachen des vereinbarten Pflegetage-

geldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

4. Besonderes Umstellungsrecht

4.1 Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Tarif PTPU in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung ohne Risikoprüfung zu verlangen. Voraussetzung ist, dass

- der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen neue, nicht gleichartige Tarife eingeführt hat und
- die Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes beibehalten wird.

4.2 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

4.3 Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

5. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

5.1 Das Pflegetagegeld wird für versicherte Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, jährlich zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn um 4% erhöht.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

5.2 Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Erhöhungsmittelteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, längstens innerhalb eines Monats nach der Erhöhung.

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Erhöhung, wird die Erhöhung im folgenden Jahr fortgeführt.

Erst wenn in zwei aufeinander folgenden Jahren der Erhöhung widersprochen wird, erlischt der Anspruch auf Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung.

Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

5.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung.

6. Besondere Erhöhung des Pflegetagegeldes

6.1 Stirbt nach Beginn des Versicherungsschutzes einer versicherten Person deren Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung um 20 % erhöhen. Dasselbe gilt, wenn der Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person pflegebedürftig wird.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

6.2 Das Recht auf Erhöhung besteht, sofern die Ereignisse nach Ziffer 6.1 bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person eintreten und der Antrag auf Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 6.1 zum nächsten Monatsersten gestellt wird. Der Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 6.1 ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

6.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

6.4 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der versicherten Person bereits Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

7. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1-18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- 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

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- 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:

- 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.
- 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.
- 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.

(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 Pflegegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten der 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 angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss 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 Ru-

hensgrund 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.

zu § 1 (6) Zuordnung der Pflegestufen

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

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

zu § 1 (11) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung mit schriftlicher Bestätigung durch den Versicherer auf das Ausland ausgedehnt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(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.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn mit Beginn des Tages an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeit

(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.

zu § 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(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 der 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

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- 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) 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;
- e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;
- f) für Anwendungen 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.

zu § 5 (1) b) Sucht

Ist die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten, so bleibt die Leistungspflicht bestehen.

zu § 5 (1) c) Leistungspflicht im Ausland

Die Leistungspflicht kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

zu § 5 (1) d) Vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt.

zu § 5 (1) f) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Pflegegeldversicherung sieht hierfür keine Leistungen vor.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nicht für die Pflegegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(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.

zu § 6 (2) Nachweise

Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden.

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungen einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Ersatzweise kann auch das für die gesetzliche Pflegeversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der gesetzlichen Pflegeversicherung herangezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung,
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) *Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.*
- b) *Für Kinder bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0 - 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.*

zu § 8 (2) Skonto

Der Versicherer räumt bei jährlicher Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 4 %, bei halbjährlicher Vorauszahlung von 2 % ein.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) *Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.*
- b) *Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.*

zu § 8 (5) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 Euro. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8 a 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 Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten 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 Alterwerdens 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

(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 Vorhundertssatz, 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 Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung 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.

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche, Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(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 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund 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.

(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.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche anzuzeigen, ab der die Mitteilung über die Festsetzung der Pflegestufe durch die gesetzliche Pflegeversicherung vorliegt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(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 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld 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

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungüberganges 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

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

(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) 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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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 zum 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.

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person eine Anwartschaftsversicherung vereinbaren.

zu § 13 Ruhen der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenzeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenzeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (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.

§ 15 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 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.
- (4) In der Pflegegeldversicherung 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.

zu § 15 (1) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Tode des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 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 Mitgliedsstaat 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

(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 höchstgerichtliche 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.

MB/EPV 2009 – Anhang

Auszug aus dem 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.

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 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 Auskunfts- oder Aufklärungspflicht vor 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 infolge dessen 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.

Auszug aus Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 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 Absatz 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.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflös 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 466, 661, 849, 1.104 oder 1.357 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 Absatz 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 Absatz 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.

Teil III Tarif PTU1 Pfl egetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pfl egetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpfl egetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	70 %
für Pflegestufe I	40 %

des vereinbarten Pfl egetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pfl egetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pfl egetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

2. Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

3. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach den Ziffern 1 und 2 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

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.

4. Kein Versicherungsschutz nach Ziffern 1 und 2 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pfl egetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pfl egetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PTU1 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pfl egetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pfl egetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pfl egetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichern Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Teil III Tarif PTU2 Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	70 %
für Pflegestufe I	0 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

- Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls wird ergänzend zu oben genannten Leistungen**

für Pflegestufe I	40 %
-------------------	------

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

- Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls**

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

- Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls**

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

- Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls**

Anspruch auf die Leistungen nach den Ziffern 1 bis 3 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

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.

- Kein Versicherungsschutz nach Ziffern 1 bis 3 besteht bei Pflegebedürftigkeit**

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pflegetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif PTU2 erstmals beim Versicherer eine Pflegetagegeldversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in Tarif PTU1 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, soweit noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Option kann während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal ausgeübt werden.

Die Umstellung kann frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, verlangt werden. Sie kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres beantragt werden, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; zusätzlich und letztmalig ist die Umstellung zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, möglich. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung kann frühestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten beantragt werden. Eine rückwirkende Umstellung ist nicht möglich.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Wird gleichzeitig mit der Umstellung ein höheres Pflegetagegeld beantragt, nimmt der Versicherer für die Mehrleistung eine erneute Risikoprüfung vor.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PTU2 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes und einer dem bisherigen Versicherungsschutz vergleichbaren Pflegestufe zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflegetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflegetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Teil III Tarif PTU3 Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	0 %
für Pflegestufe I	0 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

- Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls wird ergänzend zu oben genannten Leistungen**

für Pflegestufe II	70 %
für Pflegestufe I	40 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

- Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls**

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

- Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls**

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

- Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls**

Anspruch auf die Leistungen nach Ziffer 1 bis 3 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

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 gezerzt oder zerrissen werden.

- Kein Versicherungsschutz nach Ziffer 1 bis 3 besteht bei Pflegebedürftigkeit**

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pflegetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif PTU3 erstmals beim Versicherer eine Pflegetagegeldversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in die Tarife PTU1 oder PTU2 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, soweit noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Option kann während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal ausgeübt werden.

Die Umstellung kann frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, verlangt werden. Sie kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres beantragt werden, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; zusätzlich und letztmalig ist die Umstellung zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, möglich. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung kann frühestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten beantragt werden. Eine rückwirkende Umstellung ist nicht möglich.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Wird gleichzeitig mit der Umstellung ein höheres Pflegetagegeld beantragt, nimmt der Versicherer für die Mehrleistung eine erneute Risikoprüfung vor.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PTU3 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes und einer dem bisherigen Versicherungsschutz vergleichbaren Pflegestufe zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflegetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflegetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichern Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Teil III Tarif PTE Ergänzende Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009), Teil II Tarifbedingungen und Teil III Tarif der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland und in Tarif PT1 bei der Württembergischen Krankenversicherung AG versichert sind.

2. Vereinbartes Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld wird je versicherter Person in Höhe des Pflegetagegeldes des versicherten Tarifs PT1 vereinbart. Erhöht sich das Pflegetagegeld des Tarifs PT1, wird gleichzeitig das Tagegeld des Tarifs PTE um denselben Betrag erhöht.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) und einem bestehenden Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) wird

für Pflegestufe 0 ohne eine daneben bestehende Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen I, II oder III	30 %
---	------

bei vollstationärer Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,

für Pflegestufe III	0 %
für Pflegestufe II	40 %
für Pflegestufe I	70 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

3.2 Pflegebedürftige Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, sind der Pflegestufe 0 zuzuordnen.

Die Pflegestufe 0 setzt voraus, dass

- die versicherte Person einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht;
- bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und
- der medizinische Dienst der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- d) tödlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus ei-

nem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden. Die Feststellung erfolgt durch den Gutachter des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung).

3.3 Zusammen mit dem Pflegetagegeld des Tarifs PT1 beträgt die Leistung bei vollstationärer Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in den Pflegestufen I, II, III 100%, für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III 150%.

3.4 Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird, in denen die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig untergebracht und verpflegt werden können.

Keine stationären Pflegeeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser.

3.5 Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person freigehalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum keine Leistungen nach Ziffer 3.1 erbracht.

4. Beitragsbefreiung bei Unfall

4.1 Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

4.2. Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung

Anspruch auf die Beitragsbefreiung nach Ziffer 4.1 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Die Pflegebedürftigkeit muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis eintreten und beim Versicherer geltend gemacht werden.

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 gezerzt oder zerrissen werden.

4.3 Keine Beitragsbefreiung nach Ziffer 4.1 besteht bei Pflegebedürftigkeit aufgrund

- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

6. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung

gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009), für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009), für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) und den jeweiligen Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S) sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS, Tarif VSF und Tarif VSU (Vorsorgetarife) der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Voraussetzungen für das Ruhen

Für Tarife, denen die MB/KK 2009, die MB/KT 2009 oder die MB/EPV 2009 zugrunde liegen, gelten die in Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für Tarife, denen die AVB/S zugrunde liegen, gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für die Tarife VS, VSF und VSU (Vorsorgetarif) gelten die in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

2. Beginn der Ruhenszeit

Die Ruhenszeit beginnt mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

3. Ende der Ruhenszeit

- a) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
 - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung oder vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- b) in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,

- bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung, vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes oder in der Zeit der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- c) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) Ruhensversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009), nach den AVB/S § in 13 Abs. 7 sowie nach den AVB für die Tarife VS, VSF und VSU in § 14 Abs. 7 genannten Fällen
 - mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit,
 - bei bestehender Arbeitslosigkeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei Ruhen wegen Eintritt des Zahlungsverzugs nach § 38 VVG unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs nach 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.
 - d) Der Wegfall des Grundes für das Ruhen nach a) bis c) ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

4. Änderung der AVB während der Ruhenszeit

In der Ruhenszeit gelten die AVB mit folgenden Änderungen fort:

- a) Während der Ruhenszeit bestehen keine Beitragsforderungen.
- b) Während der Ruhenszeit entstehen keine Leistungsansprüche.
- c) Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach AVB Teil II zu § 8 Ziffer 1. MB/KK 2009 entfällt für diejenigen Kalenderjahre, in denen eine Ruhenszeit besteht.
- d) Der Lauf der Fristen und Wartezeiten der AVB wird nicht unterbrochen.

5. Wiederinkrafttreten des früheren Versicherungsschutzes

Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder voll in Kraft. Im Übrigen gilt:

- a) Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden AVB nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen.
- b) Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fällt.
- c) Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit oder besteht beim Ende der Ruhenszeit weiterhin einer der unter 1. genannten Gründe, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit die wieder in Kraft tretende Versicherung zu diesem Zeitpunkt kündigen.

Besondere Vereinbarung für das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung

gültig nur in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Verlängerung der Ruhenszeit

Die nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung vereinbarte Ruhenszeit kann nach deren Ablauf einmalig um bis zu 12 Monate verlängert werden.

2. Beitrag zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens des früheren Versicherungsschutzes

Nach Ablauf der vereinbarten Verlängerungszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Ergänzend zu Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung gilt:

Der zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Ursprünglich vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen.

Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009), (MB/KT 2009) sowie (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1 Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- 1.2 Eine Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers vereinbart werden.
- 1.3 Die Anwartschaftsversicherung ist vereinbart, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 1.4 Während der Zeit der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 1.5 Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.
- 1.6 Für Versicherungsjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, können keine Ansprüche auf Beitragsrückerstattung erworben werden.

2. Gegenstand der Anwartschaftsversicherung

- 2.1 Mit Beendigung der Anwartschaftszeit tritt der Versicherungsschutz der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife in Kraft. Hierbei sichert sich der Versicherungsnehmer die bisher erworbenen Rechte, insbesondere hinsichtlich der Beitragseinstufung bzw. einer Änderung des Gesundheitszustandes.
- 2.2 Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes fällt.

3. Voraussetzungen

- 3.1 Die Anwartschaftsversicherung in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - b) eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,
 - d) eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in einem Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum; bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) jedoch nur dann, wenn für diese Zeit auch der Wohnsitz im Inland aufgegeben wird,
 - e) einer Arbeitslosigkeit.
- 3.2 In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 1 Abs. 5 MB/KK 2009) kann die Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- 3.3 In der Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer Berufsunfähigkeit,
 - b) der gesetzlichen Mutterschutzfrist und der Elternzeit,
 - c) einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.
- 3.4 In der ergänzenden Pflegekrankenversicherung kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.
- 3.5 Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

4. Tarifänderungen

Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

5. Beginn der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann jederzeit beantragt werden. Sie beginnt mit Eintritt der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Voraussetzungen (Ziffern 3.1 bis 3.4), im Falle von Ziffer 3.5 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Fortfall der Voraussetzungen, für die sie beantragt wurde bzw. nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes. Anschließend tritt die Versicherung unmittelbar in Kraft.
- 6.2 Besteht bei einer Anwartschaftsversicherung nach den Ziffern 3.1 bis 3.4 keine zeitliche Befristung, ist der Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall dieser Voraussetzungen anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.
- 6.3 Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von erneuter Risikoprüfung und Wartezeiten abhängig machen.
- 6.4 Wurde ein gekündigter Vertrag nach Ziffer 3.5 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt, tritt die Versicherung zum nächsten Monatsersten nach Zugang des Umstellungsantrages in Kraft.
- 6.5 Der Beitrag nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes wird unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters sowie zwischenzeitlicher Beitragsänderungen ermittelt. Es ist der Beitrag zu entrichten, der für den Versicherungsschutz ohne die vereinbarte Anwartschaft zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zu zahlen wäre, zuzüglich evtl. Zuschläge.
- 6.6 Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte.

7. Beiträge

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem Anwartschaftsprozentsatz des jeweiligen Tarifs und dem Beitrag, der ohne Anwartschaftsversicherung gezahlt werden müsste; hierbei werden ggf. bestehende Zuschläge nicht berücksichtigt.

Die Beiträge auf einen Blick.

Schon für einen günstigen Beitrag können Sie lebenslang unbeschwert in die Zukunft blicken.

Monatlicher Beitrag für Männer & Frauen für je 5 € Pflegetagegeld (gültig bis 31.12.2014).*									
Alter	PremiumPlus (PTPU)	Premium-Schutz (PTU1)	Kompakt-schutz (PTU2)	Grund-schutz (PTU3)	Alter	PremiumPlus (PTPU)	Premium-schutz (PTU1)	Kompakt-schutz (PTU2)	Grund-schutz (PTU3)
0 – 20	0,60	0,54	0,47	0,36	43	4,15	3,77	3,17	2,01
21	1,30	1,21	1,06	0,74	44	4,35	3,96	3,33	2,11
22	1,35	1,27	1,10	0,76	45	4,60	4,16	3,50	2,22
23	1,45	1,32	1,14	0,77	46	4,85	4,38	3,68	2,33
24	1,50	1,38	1,19	0,80	47	5,10	4,60	3,86	2,44
25	1,55	1,46	1,25	0,82	48	5,40	4,85	4,07	2,57
26	1,65	1,53	1,30	0,85	49	5,65	5,10	4,27	2,70
27	1,70	1,61	1,37	0,90	50	6,00	5,37	4,01	1,79
28	1,80	1,70	1,44	0,93	51	6,35	5,64	4,21	1,88
29	1,90	1,80	1,52	0,98	52	6,70	5,95	4,44	1,99
30	2,05	1,89	1,61	1,04	53	7,10	6,26	4,67	2,09
31	2,15	2,01	1,70	1,09	54	7,50	6,60	4,93	2,20
32	2,25	2,12	1,79	1,16	55	7,95	6,95	5,19	2,31
33	2,40	2,24	1,89	1,21	56	8,40	7,33	5,47	2,43
34	2,50	2,36	1,99	1,27	57	8,95	7,73	5,76	2,57
35	2,65	2,48	2,10	1,35	58	9,50	8,16	6,09	2,70
36	2,80	2,63	2,22	1,41	59	10,05	8,61	6,42	2,85
37	2,95	2,77	2,33	1,49	60	10,70	9,11	6,79	3,00
38	3,15	2,91	2,46	1,56	61	11,40	9,63	7,19	3,18
39	3,30	3,07	2,58	1,64	62	12,15	10,20	7,60	3,35
40	3,50	3,23	2,72	1,74	63	12,95	10,81	8,05	3,55
41	3,70	3,40	2,86	1,82	64	13,85	11,47	8,55	3,76
42	3,95	3,57	3,01	1,91	65	14,80	12,18	9,08	3,98

*) Die Beiträge für den Tarif PTE finden Sie im Tariffbuch (Druckstück 40336).

Wichtige Hinweise:

- Das Pflegetagegeld kann mit beigefügtem Antrag in Höhe von mindestens 10 Euro und höchstens 75 Euro vereinbart werden.
- Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.
- Keine Wartezeiten.

Früher Einstieg lohnt sich.

Wer sich schon in jungen Jahren für Pflegevorsorge entscheidet, zahlt deutlich weniger Beitrag.

Eine private Zusatzabsicherung mit einer Leistung von 1.500 € pro Monat bei Pflegestufe III kostet Sie...	... wenn Sie als 30-Jähriger mit der Vorsorge beginnen	... wenn Sie bis zum 50. Geburtstag warten
monatlich ¹⁾	20,50 €	60,00 €
bis zur Vollendung Ihres 85. Lebensjahres	13.530 €	25.200 €
Dies entspricht gerade einmal den Kosten eines Aufenthalts im Pflegeheim über...	... 4 Monate	... 7 1/2 Monate
1) Premiumschutz Tarif PTPU, Stand 2014.		



Je früher Sie einsteigen, desto besser.

Wer beispielsweise schon mit 30 Jahren Pflegevorsorge trifft, zahlt bis zum Ende seines 85. Lebensjahres insgesamt weniger an Beiträgen als ihn ein Aufenthalt von 4 Monaten im Pflegeheim kosten würde.

**Wir bieten jedem die Vorsorge,
die zu seinem Leben passt.**

Die vier Bausteine moderner Vorsorge:



Absicherung

Finanzielle Unabhängigkeit und Wohlbefinden heute und im Alter sichern



Wohneigentum

In den eigenen vier Wänden leben



Risikoschutz

Vermögen und Eigentum schützen



Vermögensbildung

Finanzielle Ziele sichern
und Vermögen aufbauen



Württembergische Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart
www.wuerttembergische.de