DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Der Gesundheitsversicherer der ERGO

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF PEK

PFLEGEKOSTENVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN PFLEGEPFLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/EPV 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Leistungen der DKV

1. Häusliche Pflegehilfe 2
2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege 2
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson 2
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 2
5. Teilstationäre Pflege 3
6. Kurzzeitpflege 3
7. Vollstationäre Pflege 4
8. Pflegegeld bei vollstationärer Pflege 4
9. Zusätzliche Betreuungsleistungen 4

Leistungen des Versicherungsnehmers

10. Monatliche Beitragsraten 5

Sonstiges

11. Anpassung des Versicherungsschutzes 5

L e i s t u n g e n d e r D K V

1. Häusliche Pflegehilfe
(siehe auch § 4 Absatz 7 AVB/EPV)

Nach vorheriger Leistung der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung (PPV/SPV) und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	bis zu	225,00 EUR,
b)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	bis zu	550,00 EUR,
c)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	bis zu	775,00 EUR

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann die DKV zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen bis zu 959,00 EUR monatlich erstatten, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI* vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI* erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zu Stande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; in diesem Fall ist die Erstattung nach Ziffer 1 Satz 1 und 2 auf höchstens 80 % der dort vorgesehenen Beträge begrenzt.

2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege
(anstelle von Leistungen nach Ziffer 1 - siehe jedoch § 4 Absatz 6 AVB/EPV)

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

a)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	117,50 EUR,
b)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	220,00 EUR,
c)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	350,00 EUR.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft bei Verhinderung einer Pflegeperson für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr werden

bis zu 775,00 EUR

erstattet.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der sozialen Pflegeversicherung oder in der ersatzweise erlassenen Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung aufgeführten Pflegehilfsmittel.

* siehe Anhang zum Bedingungsteil AVB/EPV

4.1 Aufwendungen für die in der PPV/SPV verlangte Selbstbeteiligung/Zuzahlung bei technischen Pflegehilfsmitteln in Höhe

von 10. v.H., höchstens jedoch 25,00 EUR je Hilfsmittel

werden erstattet.

4.2 Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden je Kalendermonat

bis zu 62,00 EUR

erstattet.

4.3 Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für Maßnahmen und zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden

zu 50 % des Betrages, der der Vorleistung entspricht,
höchstens jedoch bis zu 1.278,50 EUR je Maßnahme

erstattet.

5. Teilstationäre Pflege

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für

allgemeine Pflegeleistungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze und

für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder der Nachtpflege und zurück

sowie Aufwendungen für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen in Pflegeheimen

werden je Kalendermonat insgesamt

a)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	bis zu	225,00 EUR,
b)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	bis zu	550,00 EUR,
c)	für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	bis zu	775,00 EUR

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zu Stande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 % der nach Ziffer 5 Satz 1 vorgesehenen Beträge gezahlt.

6. Kurzzeitpflege

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze sowie Aufwendungen für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen in Pflegeheimen für vier Wochen im Kalenderjahr werden

bis zu 775,00 EUR

erstattet.

Ziffer 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 12 Satz 3 AVB/EPV Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v. H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

7. Vollstationäre Pflege

7.1 Ist häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder kommt sie wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht, werden die nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibenden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze sowie Aufwendungen für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen in Pflegeheimen je Kalendermonat

bis zu 775,00 EUR

erstattet.

In besonderen Ausnahmefällen kann die DKV zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen bis zu 959,00 EUR monatlich erstatten, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Ziffer 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

7.2 Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen bis zur Höhe des in Ziffer 1 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages erstattet.

Ziffer 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

8. Pflegegeld bei vollstationärer Pflege
(anstelle von Leistungen nach Ziffer 7.1)

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

350,00 EUR,

wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, beträgt das Pflegegeld je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	117,50 EUR,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	220,00 EUR,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	350,00 EUR.

9. Zusätzliche Betreuungsleistungen

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,

b) der Kurzzeitpflege,

c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 3 Satz 3 AVB/EPV, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,

d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45 c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind, oder

e) der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch die Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI vermittelt werden,

werden bis zu

50 EUR (Grundbetrag) oder

100 EUR (erhöhter Betrag)

monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bzw. des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gemäß § 45b Abs. 1 SGB XI festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

Leistungen des Versicherungsnehmers

10. Monatliche Beitragsraten

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

10.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Absatz 2.1 AVB/EPV.

10.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

Sonstiges

11. Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Tarif genannte Leistungsgrenzen können bei einer Beitragsanpassung (§ 8b AVB/EPV) mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

Falls die Leistungen von PPV/SPV eingeschränkt werden, kann die DKV zur Beibehaltung des Umfangs des Versicherungsschutzes Aufbaustufen zu Tarif PEK oder neue Pflegekrankenversicherung einführen. Diese können von nach Tarif PEK versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Einführung mit Wirkung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats - jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in der PPV/SPV beantragt werden; Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer)

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Der Gesundheitsversicherer der ERGO

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF PET

PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN PFLEGEPFLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/EPV 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Leistungen der DKV

1. Häusliche und teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege 2
2. Vollstationäre Pflege 2

Leistungen des Versicherungsnehmers

3. Monatliche Beitragsraten 2

Sonstiges

4. Leistungsanpassungsklausel 3

L e i s t u n g e n d e r D K V

1. Für häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege werden insgesamt

in der Pflegestufe I	25 %,
in der Pflegestufe II	50 %,
in der Pflegestufe III	75 %,

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann die DKV zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III bei häuslicher Pflege 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes zahlen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Das Pflegetagegeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) übernommen wird.

2. Für vollstationäre Pflege werden

100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, werden

in der Pflegestufe I	25 %,
in der Pflegestufe II	50 %,
in der Pflegestufe III	75 %,

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

L e i s t u n g e n d e s V e r s i c h e r u n g s n e h m e r s

3. Monatliche Beitragsraten für je 10 EUR Pflegetagegeld (in EUR)
(Stand 1.7.2011)

3.1

Männer						Frauen					
Alter		Alter		Alter		Alter		Alter		Alter	
0 bis 14	0,49	46	4,96	74	25,64	0 bis 14	0,49	46	6,61	74	33,95
15 bis 19	0,69	47	5,24	75	27,54	15 bis 19	0,51	47	6,98	75	36,54
20	1,08	48	5,53	76	29,63	20	1,33	48	7,37	76	39,38
21	1,14	49	5,85	77	31,92	21	1,41	49	7,78	77	42,49
22	1,20	50	6,18	78	34,46	22	1,50	50	8,21	78	45,89
23	1,26	51	6,53	79	37,27	23	1,60	51	8,67	79	49,60
24	1,33	52	6,90	80	40,38	24	1,70	52	9,15	80	53,65
25	1,41	53	7,29	81	43,81	25	1,81	53	9,67	81	58,04
26	1,50	54	7,71	82	47,57	26	1,94	54	10,21	82	62,78
27	1,60	55	8,15	83	51,64	27	2,07	55	10,79	83	67,86
28	1,70	56	8,63	84	56,01	28	2,22	56	11,40	84	73,23
29	1,81	57	9,13	85	60,65	29	2,37	57	12,06	85	78,89
30	1,93	58	9,66	86	65,57	30	2,54	58	12,75	86	84,80
31	2,06	59	10,24	87	70,81	31	2,71	59	13,50	87	90,95
32	2,20	60	10,85	88	76,48	32	2,90	60	14,30	88	97,35
33	2,34	61	11,51	89	82,73	33	3,10	61	15,15	89	104,02
34	2,49	62	12,21	90	89,74	34	3,31	62	16,07	90	110,98
35	2,65	63	12,97	91	97,62	35	3,52	63	17,05	91	118,24
36	2,82	64	13,78	92	106,43	36	3,75	64	18,12	92	125,78
37	2,99	65	14,15	93	116,12	37	3,99	65	18,57	93	133,56
38	3,17	66	15,06	94	126,45	38	4,23	66	19,77	94	141,49
39	3,36	67	16,05	95	137,13	39	4,49	67	21,06	95	149,48
40	3,56	68	17,11	96	147,83	40	4,75	68	22,46	96	157,40
41	3,77	69	18,26	97	158,18	41	5,03	69	23,98	97	165,14
42	3,98	70	19,51	98	167,95	42	5,32	70	25,64	98	172,57
43	4,21	71	20,86	99	177,08	43	5,62	71	27,45	99	179,58
44	4,45	72	22,32	100	185,46	44	5,93	72	29,43	100	186,05
45	4,70	73	23,91			45	6,26	73	31,59		

3.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Absatz 2.1 AVB/EPV.

3.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

S o n s t i g e s

4. Leistungsanpassungsklausel

4.1 Die DKV vergleicht den vom Statistischen Bundesamt für den August des jeweiligen Kalenderjahres festgestellten Verbraucherpreisindex für Deutschland (Stand: 2000=100) mit dem entsprechenden Wert des Jahres, in dem der Vertrag abgeschlossen wurde, bzw. dem des Jahres der letzten Leistungsanpassung. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % nach oben oder nach unten, so wird das vereinbarte Pflegetagegeld nach Maßgabe der Ziffern 4.2 bis 4.7 der Kostenentwicklung angepasst.

Sobald es einen amtlichen Pflegekostenindex für das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland gibt, wird dieser Index mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anstelle des oben genannten Verbraucherpreisindexes zur Leistungsanpassung herangezogen. Die Versicherungsnehmer werden über den Austausch des Indexes schriftlich informiert.

4.2 Voraussetzung für eine Anpassung ist, dass das vereinbarte Pflegetagegeld unter bzw. (im Ausnahmefall) über einem bestimmten Höchstsatz liegt, der alljährlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders festgesetzt wird.

Der Umfang der Leistungsanpassung ergibt sich aus der Differenz zwischen

a) dem nach Satz 1 neu festgesetzten Höchstsatz und
b) dem zurzeit der vorausgegangenen - dem Versicherungsnehmer nach Ziffer 4.4 Satz 1 mitgeteilten - Leistungsanpassung geltenden Höchstsatz bzw.
   - sofern eine solche Anpassung noch nicht mitgeteilt worden ist - dem bei Abschluss des Vertrages geltenden Höchstsatz.

Das Pflegetagegeld darf jedoch zusammen mit den Leistungen aus anderen für die versicherte Person bestehenden Versicherungen mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit (ausgenommen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung) den neu festgesetzten Höchstsatz nicht überschreiten. Eine Herabsetzung des Pflegetagegeldes erfolgt nur, soweit es zusammen mit den vorstehend genannten Leistungen den neu festgesetzten Höchstsatz überschreitet.

Bei einer Erhöhung des Pflegetagegeldes wird es um mindestens 10 EUR oder um ganze Vielfache davon unter Erhebung des entsprechenden Mehrbeitrags angehoben. Bei einer Reduzierung werden Pflegetagegeld und der Beitrag entsprechend herabgesetzt.

4.3 Die Prüfung der Anpassungsvoraussetzungen erfolgt erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns oder der Umwandlung aus einem anderen Tarif; danach erfolgt sie in jedem dritten Kalenderjahr.

4.4 Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne zusätzliche Erschwerungen zu Beginn des zweiten Monats wirksam (=Anpassungstermin), der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

4.5 Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt - ganz oder teilweise - rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufs wird er bei Bekanntgabe der Leistungsanpassung ausdrücklich hingewiesen.

4.6 Wird das vereinbarte Pflegetagegeld nach Maßgabe der Ziffern 4.1 bis 4.4 herabgesetzt, so wird der für den Herabsetzungsteil gebildete Anteil der Alterungsrückstellung entsprechend den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet.

4.7 Das vereinbarte Pflegetagegeld kann auch in entsprechender Anwendung des § 18 AVB/EPV in Verbindung mit Ziffern 4.2, 4.4, 4.5 geändert werden; Ziffer 4.6 wird entsprechend angewendet.

4.8 Alle weiteren Einzelheiten der Leistungsanpassung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer)