

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

## Pflege Schutz Paket PSP

### PFLEGEERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

**Sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

**Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.**

<p><b>Unser Leistungsversprechen:</b></p> <p><u>Information und Beratung:</u></p> <p>Beratung per Telefon und vor Ort zu Fragen rund um das Thema Pflege während der gesamten Vertragsdauer.</p> <p>Diese Leistungen erbringen wir auch, wenn es um die Pflegebedürftigkeit des im Haushalt der versicherten Person lebenden Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades geht (Eltern, minderjährige und volljährige Kinder).</p> <p><u>Versorgungssicherung und Vermittlung von Dienstleistungen:</u></p> <p>Versorgungssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wir organisieren – möglichst innerhalb von 24 Stunden ab Beauftragung – eine vollstationäre, Kurzzeit-, teilstationäre oder Verhinderungspflege oder eine Versorgung durch einen häuslichen Pflegedienst.</li> <li>24-Stunden-Garantie bei erstmaligem Versorgungsbedarf und jeder Erhöhung des Pflegegrades; falls wir die 24-Stunden-Frist nicht einhalten, erhalten Sie eine Ersatzleistung in Höhe von 500 Euro.</li> </ul>	<p>Vermittlung von Dienstleistungen:</p> <p>Wir vermitteln insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegerische Hilfen</li> <li>Technische Hilfen im Haus</li> <li>Angebote zur Entlastung von Pflegenden im Alltag</li> <li>Hauswirtschaftliche Hilfen</li> <li>Abrechnungsservice (Korrespondenz mit Kostenträgern, z.B. Krankenkasse, Beihilfeträger)</li> <li>Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe</li> <li>eine palliative Versorgung oder die Versorgung in einem Hospiz.</li> </ul> <p><u>Einmalzahlung:</u></p> <p>Bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 2 erbringen wir eine Einmalzahlung in Höhe von 1.000 Euro.</p> <p>Während einer Wartezeit darf keine Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 5) eingetreten sein.</p> <p>Der Anspruch auf die Einmalzahlung besteht je versicherte Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>
---	---

<p>Die Informations- und Beratungsleistungen sowie die Versorgungssicherung und die Vermittlung von Dienstleistungen können unter der <b>Rufnummer</b></p>		
<p><b>0800 3746-092</b> <b>+49 221 578-1731</b></p>	<p><b>aus dem Inland</b> <b>aus dem Ausland</b></p>	<p>(gebührenfrei) (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)</p>
<p>in Anspruch genommen werden.</p>		

# Inhaltsverzeichnis

## Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	3
2. Was sind unsere Leistungen?	3
3. Wer erbringt die Information, Beratung, Versorgungssicherung sowie die Vermittlung von Dienstleistungen?	4
4. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	4
5. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	5
6. Gibt es Wartezeiten?	5
7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	5
8. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
9. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	5
10. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	6
11. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	6

## Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	6
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	6
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	6
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	7
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	7
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	7
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	7
8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	7
9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	8
10. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	8
11. Welche Gerichte sind zuständig?	8

<b>Anhang</b>	<b>9</b>
---------------	----------

## Teil 1 Unsere Leistungen

---

### 1. Was ist versichert?

---

Wir bieten Informations- und Beratungsleistungen sowie Versorgungssicherungsleistungen und die Vermittlung von Dienstleistungen rund um das Thema Pflege. Unter bestimmten Voraussetzungen erbringen wir eine Einmalzahlung in Höhe von 1.000 Euro.

---

### 2. Was sind unsere Leistungen?

---

#### 2.1 Information und Beratung

##### 2.1.1 Worüber informieren und beraten wir?

Wir informieren und beraten zu Fragen rund um das Thema Pflege vor und nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit.

Sobald aus Sicht der versicherten Person eine pflegerische Versorgung notwendig erscheint, ermitteln wir beispielsweise den konkreten Bedarf und besprechen die ersten Schritte. Außerdem klären wir, ob ein Vor-Ort-Termin notwendig ist und terminieren diesen. Wir besprechen, was weiter unternommen werden soll.

##### 2.1.2 In welchem Rahmen erfolgt die Beratung?

###### Beratung per Telefon:

Telefonisch beraten wir die versicherte Person, wenn

- es um die eigene potentielle oder tatsächliche Pflegebedürftigkeit geht,
- es um die eines Verwandten ersten Grades (Eltern, minderjährige und volljährige Kinder) oder
- eines im Haushalt der versicherten Person lebenden Lebenspartners geht.

Die telefonische Beratung stellen wir 24 Stunden an allen Tagen des Jahres zur Verfügung. Die erteilten Informationen und Auskünfte beschränken sich auf Leistungen und Angebote in Deutschland.

###### Beratung vor Ort (innerhalb von Deutschland):

Die Beratung kann im Haushalt der versicherten Person erfolgen, wenn es um die eigene potentielle oder tatsächliche Pflegebedürftigkeit oder die des im Haushalt der versicherten Person lebenden Lebenspartners oder Kindes geht.

Die Beratung kann im Haushalt des Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder) bei Anwesenheit der versicherten Person erfolgen, wenn es um die potentielle oder tatsächliche Pflegebedürftigkeit eines Verwandten ersten Grades geht.

##### 2.1.3 Wann können unsere Informations- und Beratungsleistungen in Anspruch genommen werden?

Wir erbringen unsere Informations- und Beratungsleistungen unabhängig vom Eintritt einer Pflegebedürftigkeit. Diese Leistungen erbringen wir wiederkehrend. Sie können während der gesamten Vertragsdauer in Anspruch genommen werden.

#### 2.2 Versorgungssicherung und Vermittlung von Dienstleistungen

##### 2.2.1 Wann können unsere Versorgungssicherung und Vermittlungsleistungen in Anspruch genommen werden?

Wir erbringen unsere Leistungen, wenn für die versicherte Person aus deren Sicht eine pflegerische Versorgung notwendig erscheint. Ein ärztliches Attest oder eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist nicht erforderlich. Die Leistungen erbringen wir wiederkehrend. Sie können während der gesamten Vertragsdauer in Anspruch genommen werden. Die Versorgungssicherung und die Vermittlungsleistungen beziehen sich auf Leistungen und Angebote in Deutschland.

##### 2.2.2 Versorgungssicherung

###### Versorgungssicherung

Wir organisieren – möglichst innerhalb von 24 Stunden ab Beauftragung –

- eine vollstationäre, Kurzzeit-, teilstationäre oder Verhinderungspflege oder
- eine Versorgung durch einen häuslichen Pflegedienst.

###### 24-Stunden-Garantie

Bei **erstmaligem Versorgungsbedarf** und bei **jeder Erhöhung des Pflegegrades** garantieren wir die Versorgung innerhalb von 24 Stunden ab Beauftragung.

Ersatzpauschale:

Schaffen wir es in einem Fall des erstmaligen Versorgungsbedarfs bzw. der Erhöhung des Pflegegrades ausnahmsweise nicht innerhalb von 24 Stunden, die vollstationäre, Kurzzeit-, teilstationäre, Verhinderungs- oder häusliche Pflege-Versorgung zu organisieren, erhalten Sie eine Ersatzleistung in Höhe von **500 Euro**. Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

Sollten wir die gewählte Versorgung nicht innerhalb von 24 Stunden ab Beauftragung anbieten können, organisieren wir in diesem Zeitraum eine Ersatzlösung. Unabhängig davon kümmern wir uns weiter um die schnellstmögliche Organisation der gewünschten Versorgung.

Der Platz in vollstationärer, Kurzzeit-, teilstationärer oder Verhinderungspflege wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Die Organisation von Intensivpflegeplätzen ist weder Bestandteil der Versorgungsgarantie noch der Versorgungssicherung.

Die Kosten, die für die Pflegeeinrichtung bzw. den Pflegedienst anfallen, übernehmen wir nicht.

### 2.2.3 Vermittlung von Dienstleistungen

Auf der Grundlage der zeitlichen und finanziellen Vorgaben der versicherten Person werden Dienstleistungen von Anbietern vermittelt.

Vermittelt werden insbesondere:

- Pflegerische Hilfen
- Technische Hilfen im Haus
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden im Alltag
- Hauswirtschaftliche Hilfen
- Abrechnungsservice (Korrespondenz mit Kostenträgern, z.B. Krankenkasse, Beihilfeträger)
- Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe
- eine palliative Versorgung oder die Versorgung in einem Hospiz

Versicherungsschutz besteht nur für die Vermittlung der Anbieter von Dienstleistungen. Die Kosten, die für den jeweiligen Service anfallen, übernehmen wir nicht. Die versicherte Person erhält die Rechnung der vermittelten Dienstleistung vom Anbieter und muss diese begleichen.

## 2.3 Einmalzahlung

### 2.3.1 Wann erhalten Sie die Einmalzahlung?

Sie erhalten die Einmalzahlung nach dem erstmaligen Eintritt einer Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach mindestens Pflegegrad 2. Die Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach § 14 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 9).

Der Anspruch auf die Einmalzahlung besteht je versicherte Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Bitte beachten Sie: Tritt eine Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1) innerhalb der Wartezeit (vgl. Teil 1 Nr. 6.2, Seite 5) ein oder bestand eine solche bei Abschluss des Versicherungsvertrages, erbringen wir keine Einmalzahlung.

### 2.3.2 Wie hoch ist die Leistung?

Sie erhalten eine Einmalzahlung in Höhe von **1.000 Euro**.

---

## 3. Wer erbringt die Information, Beratung, Versorgungssicherung sowie die Vermittlungsleistungen?

---

Die Information und Beratung sowie die Vermittlungsleistungen werden durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht. Dieser erbringt entweder die Leistungen selbst oder lässt diese durch von ihm beauftragte Dritte erbringen. Wenn Sie hierzu aktuelle Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

---

## 4. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

---

### 4.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 2, Seiten 3 und 4).

Die Einmalzahlung nach Nr. 2.3 erbringen wir jedoch generell nicht für Pflegebedürftigkeit:

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.  
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
  - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
  - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
  - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

- 4.2 Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:
- bei Aufenthalt im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 7, Seite 5),
  - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 2, Seite 6),
  - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7).

---

## 5. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

---

- 5.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und für die Einmalzahlung nach Nr. 2.3 nicht vor Ablauf einer eventuellen Wartezeit (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 5).
- 5.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.
- 5.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt beginnen, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person.
- Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes.
- 5.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9, Seite 8).

---

## 6. Gibt es Wartezeiten?

---

- 6.1 Für die Information und Beratung, Versorgungssicherung sowie die Vermittlungsleistungen bestehen keine Wartezeiten.
- 6.2 Für die Einmalzahlung beträgt die Wartezeit drei Jahre. Wenn innerhalb dieser Wartezeit eine Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1) eintritt, erbringen wir keine Einmalzahlung. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt bei Unfällen. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Wir verzichten auf die Einhaltung einer Wartezeit für die Einmalzahlung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: Gleichzeitig mit diesem Tarif wurde bei uns für die versicherte Person ein weiterer Vertrag über einen Pflegeergänzungstarif mit Gesundheitsprüfung abgeschlossen. Die Annahme für diesen anderen Tarif erfolgte ohne Risikozuschlag und ohne Leistungsausschluss.

---

## 7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?

---

- 7.1 Geltungsbereich:  
Die Beratung vor Ort erbringen wir nur in Deutschland. Alle Serviceleistungen (Information, Beratung, Versorgungssicherung und Vermittlungsleistungen) beziehen sich auf Leistungen und Angebote in Deutschland.
- 7.2 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die Europäischen Union (EU) / den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR):  
Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des EWR besteht die Versicherung weiter (vgl. aber Nr. 7.1).
- 7.3 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU bzw. des EWR:  
Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.

---

## 8. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?

---

Sie erhalten die Einmalzahlung in Höhe von 1.000 Euro, sobald wir festgestellt haben, ob wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

---

## 9. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

---

Um die Einmalzahlung zu erhalten, müssen Sie nachweisen, dass für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.

### 9.1 Feststellung durch die gesetzliche Pflegeversicherung

Wenn die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt wurden, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf

- die Pflegebedürftigkeit,
- den Pflegegrad,

auch für diesen Tarif maßgebend. Voraussetzung hierfür ist die Vorlage entsprechender Nachweise.

### 9.2 Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die gesetzliche Pflegeversicherung

In diesem Fall beauftragen wir mit den Feststellungen nach Nr. 9.1 einen Arzt oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Die Kosten der Untersuchung tragen Sie.

---

## 10. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

---

10.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.

In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

10.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

10.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

---

## 11. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

---

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

## Teil 2 Sonstige Bestimmungen

---

### 1. Wer kann versichert werden?

---

Versicherungsfähig sind Personen, bei denen noch keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 9) besteht, die noch keinen Antrag auf Anerkennung einer solchen gestellt haben und die nicht beabsichtigen, einen solchen Antrag zu stellen.

---

### 2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

---

2.1 Sofern Sie die Einmalzahlung verlangen, gilt:

Für versicherte Personen mit gesetzlicher Pflegeversicherung müssen Sie uns die dortige Feststellung des Versicherungsfalles anzeigen. Dazu müssen Sie uns Nachweise über die Pflegebedürftigkeit vorlegen. Als Nachweis dient der Bescheid der sozialen Pflegeversicherung bzw. die Mitteilung der privaten Pflegepflichtversicherung über den festgestellten Pflegegrad.

Versicherte Personen ohne gesetzliche Pflegeversicherung müssen sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern. Mit der Untersuchung können wir auch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragen.

2.2 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.

---

### 3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

---

3.1 Sie erhalten die Einmalzahlung nicht, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir die Einmalzahlung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunftspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten die Einmalzahlung jedoch dann, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

---

#### **4. Wie berechnen wir die Beiträge?**

---

- 4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.

Wir haben Tarif PSP nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um die mit zunehmendem Alter häufigere Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 69. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

- 4.2 Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

---

#### **5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?**

---

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus den Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

- 5.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten.

Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.

- 5.3 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

---

#### **6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?**

---

- 6.1 Wir vergleichen mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen.

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung von über 10%, müssen wir alle Beiträge überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Die Abweichung darf jedoch nicht nur vorübergehend sein.

Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

- 6.2 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

---

#### **7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?**

---

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze - ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

- 7.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- oder Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

---

#### **8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?**

---

- 8.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.

- 8.2 Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

---

## 9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

---

- 9.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- 9.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen dieses Tarifs wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 7). Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam. Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 69. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 4.1, Seite 7) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6, Seite 7) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern.
- 9.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.6 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.
- 9.7 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 9.8 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

---

## 10. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

---

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de).

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)  
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

---

## 11. Welche Gerichte sind zuständig?

---

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.



## Anhang

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

#### § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

## Wichtige Informationen zum Pflege Schutz Paket PSP

Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.

Im Folgenden finden Sie die derzeit aktuellen Schwerpunkte der „Informations- und Beratungsleistungen“ sowie der „Vermittlung von Dienstleistungen“ aus dem Pflege Schutz Paket PSP. Da sich die Schwerpunkte ändern können, schicken wir Ihnen auf Wunsch jederzeit gerne eine aktuelle Information zu.

### 1. Information und Beratung

Die versicherte Person erhält von uns **bereits ab Vertragsschluss** Informationen und Beratungen zu Fragen rund um die Pflege. Im Folgenden nennen wir **Beispiele** für mögliche Informations- und Beratungsinhalte:

- **Vorsorge-Vollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung**
- **Erste Informationen zur Pflegebedürftigkeit**
  - Grundlagen der Pflege
  - Wann beginnt Pflegebedürftigkeit?
  - Welche unterstützenden Dienstleistungen gibt es?
  - Rehabilitative Maßnahmen im Rahmen von Pflegebedürftigkeit
  - Mögliche Wohnformen: z.B. Wohnen in Mehrgenerationenhäusern, Altenheimen oder betreutes Wohnen
  - Einrichtung Hausnotruf
  - Wie finanziert man Pflege?
  - Welche finanziellen Leistungen gibt es? Welche Kostenträger stehen zur Verfügung?
- **Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt – die ersten Schritte**
  - Begutachtungs- und Widerspruchsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Feststellung einer Behinderung
  - Beantragung von Pflegeleistungen
  - häusliche, teilstationäre und stationäre Versorgung und deren Organisation
  - Umbau zu einem barrierefreien Zuhause und pflegegerechtem Kfz
  - berufliche Auszeit für Pflege oder geldliche Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige
  - Prüfung von Pflege(heim)verträgen
- **Erweiterte Angebote zur Pflegebedürftigkeit**
  - Entlastung pflegender Angehöriger
  - Aufbau von Pflegekompetenz
  - Verhalten rund um die Pflegesituation
  - Psychosoziale Beratung und Unterstützung der versicherten Person und ihrer Angehörigen im Umgang mit der Pflegesituation
  - Pflege-Urlaub, Freizeit-, Bildungs- und Reiseangebote für Pflegebedürftige und Angehörige
  - Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

### 2. Vermittlung von Dienstleistungen

Auf der Grundlage der zeitlichen und finanziellen Vorgaben der versicherten Person werden Dienstleistungen von Anbietern vermittelt. Die für die Dienstleistungen entstehenden Kosten trägt die versicherte Person selbst. Im Folgenden nennen wir Beispiele für mögliche Vermittlungsleistungen:

- **Pflegerische Hilfen, z.B.:**
  - geeignete Pflegehilfskräfte
  - Versorgung mit Pflegehilfsmitteln über Kostenträger
  - Lieferung von Arzneimitteln und medizinischen Hilfsmitteln, die nicht aus der Pflegeversicherung erbracht werden
  - Tag- und Nachtwache (keine Fachkräfte)
  - Pflegeschulungen für die versicherte Person und deren Angehörige

- Begleit- und Fahrdienste
  - Medikamenteneinnahme
  - Demenzberatung
  - Psychosoziale Beratung und Begleitung
  - Angebote von Selbsthilfegruppen, psychologischen Einrichtungen, Verbänden oder sonstigen Institutionen im Gesundheitswesen
- **Technische Hilfen im Haus, um möglichst lange zu Hause leben zu können, z.B.:**
    - Installation und Betrieb eines Hausnotrufsystems
    - innovative Sensorentechnik – Elderly Care
- **Angebote zur Entlastung von Pflegenden im Alltag, z.B.:**
    - Pflege-Urlaub
    - Mediation
    - psychosoziale Betreuung
    - Familienbetreuung, Kinderbetreuung
    - Freizeitbetreuung
    - Entlastung von pflegenden Angehörigen
- **Hauswirtschaftliche Hilfen, z.B.:**
    - Einkaufshilfe
    - Versorgung Ihres Haustieres
    - Menüservice
    - Reinigungsdienst
    - Wäschedienst
    - Gärtner
    - Reparaturdienst
    - Winterdienst
- **Abrechnungsservice**
    - Korrespondenz mit Kostenträgern (z.B. Krankenkasse, Beihilfeträger)
- **Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe**
  - **Palliative Versorgung oder Versorgung in einem Hospiz**

Die Informations- und Beratungsleistungen sowie die Vermittlung von Dienstleistungen können unter der **Rufnummer**

**0800 3746-092**  
**+49 221 578-1731**

**aus dem Inland**  
**aus dem Ausland**

(gebührenfrei)  
(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

in Anspruch genommen werden.