Recht

Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

(MB/GEPV 2013) §§ 1 – 26

PKV
Verband der Privaten Krankenversicherung

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit ... 1
§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten ... 1
§ 2b Hinweispflichten des Versicherers ... 1
§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes ... 2
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes ... 3
§ 5 Wartezeit ... 3
§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht ... 3
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen ... 4
§ 8 Ende des Versicherungsschutzes ... 5

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung ... 5
§ 10 Beitragsberechnung ... 6
§ 11 Beitragsanpassung ... 7
§ 12 Überschussbeteiligung ... 7
§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit ... 8
§ 14 Obliegenheiten ... 8
§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen ... 9
§ 16 Aufrechnung ... 9

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer ... 9
§ 18 Kündigung durch den Versicherer ... 11
§ 19 Sonstige Beendigungsgründe ... 11

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen ... 12
§ 21 Gerichtsstand ... 12
§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ... 12
§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit ... 13
§ 24 Kindernachversicherung ... 14
§ 25 Mehrfachversicherung ... 15
§ 26 Anwartschaft ... 15

Stand: Mai 2013
Bestell-Nr. 12-010513-12

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

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

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

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

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

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

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

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI, teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer

in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

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

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

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

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

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

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird

nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 5 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

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

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

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

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

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

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versiche-

rungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

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

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages 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 im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

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

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

§ 10 Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der

Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

§ 11 Beitragsanpassung

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

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

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

§ 12 Überschussbeteiligung

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrücker-

stattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,

b) Anrechnung auf den Beitrag,

c) Erhöhung der Leistung oder

d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

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

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

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

§ 14 Obliegenheiten

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

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 16 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

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

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

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

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

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

ten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

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

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

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

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

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 21 Gerichtsstand

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

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

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

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versi-

cherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

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

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

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

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

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

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.

2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.

3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.

4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.

6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

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

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

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungs-

fähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

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

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

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

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

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete

Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

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

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

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

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

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

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de