



Pflegezusatzversicherung

Grundlagen Ihrer Pflegetagegeld-Versicherung und weitere Informationen.

ww württembergische

Ihr 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
Informationsblatt zur Pflegemonatsversicherung PZ	6
Informationsblatt zum Pflege-Airbag (PZA)	7
Informationsblatt zur Pflege-Assistance (PZAS)	8
Informationsblatt zur Pflege-Einmalleistung (PZEL)	9
Datenschutzhinweise	10
Private Pflegezusatzversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	12
Tarif PZ Pflegemonatsgeldtarif	17
Tarif PZA Pflege-Airbag	19
Tarif PZAS Pflege-Assistance	20
Tarif PZEL Pflege-Einmalleistung	22
Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung	23
Besondere Vereinbarung für das Erweiterte Ruhen der Krankenversicherung	24
Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung	25

Stand: November 2023

Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungs- vertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung [VVG-InfoV])

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG, Kornwestheim,
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

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

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschriften

**Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim**

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Jacques Wasserfall, Dr. Jonas Eickholt

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 Ge-
schäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbaren Zusammen-
hang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher
Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c,
50968 Köln, errichtet ist. Im Versicherungsfall 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 Sicherungs-
fonds 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 Individuelle Vertragsinformatio-
nen oder Informationsblatt zu Versicherungsprodukten bzw. (Angebot zum)
Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versiche-
rungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Individuelle
Vertragsinformationen bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie An-
gaben 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 Ange-
botsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z. B. Ihre Ge-
sundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein
dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbar-
ten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen
und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbe-
stimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf
Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/
oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen
an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der
kostenfreien Rufnummer 00 800 81826000 zur Verfügung. Falls der von
Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kos-
tenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711
662 723333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mo-
bilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland kön-
nen die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem
ausländischen Mobilfunknetz höher sein. Für die Bearbeitung von Rückläu-
fern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine
Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläu-
fern 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 All-
gemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarif-
bestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und in den Indi-
viduellen Vertragsinformationen genannten Beiträge sind längstens bis zum
Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grund-
sätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt er-
forderlicher 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 Versicherungs-
antrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungs-
schein 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) Versicherungs-
schein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beach-
ten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags /Angebots zum Versicherungs- schein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir
uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwerungsangeboten 6 Wochen ab An-
gebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise Widerrufsrecht

**Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen
ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) wider-
rufen.**

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

– **der Versicherungsschein,**

– **die Vertragsbestimmungen,**

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Ver-
sicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmun-
gen,

– **diese Belehrung,**

– **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**

– **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

**Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des
Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:**

**Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim,**

E-Mail Adresse:

kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,

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

**Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefax-
nummer 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, dür-
fen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um eine Betrag
in Höhe von 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 Widerrufs-
frist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Lei-
stungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen)
herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Ver-
sicherungsvertragsgesetzes 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 Dienst-
leistung 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.**

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der im Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen
werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflicht bei allen Versicherungszweigen

Folgende Informationen müssen wir Ihnen zur Verfügung stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die
der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Han-
delsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehö-
rige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
- b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
- b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hier- von unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflegetagegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. 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, die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung, die kleine und große Anwartschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche auf Risikobasis sowie für Optionstarife und die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis 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. Für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag beträgt die Kündigungsfrist einen Monat zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. 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 Rechtsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Wir haben uns verpflichtet, zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler an dem Streitbeilegungsverfahren vor der, vom Verband der privaten Krankenversicherung e V eingerichteten, Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“ Kronenstraße 13, 10117 Berlin, teilzunehmen.

Sie haben die Möglichkeit, dieses kostenlose außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. So erreichen Sie den Ombudsmann: OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Telefon: 0800 2 55 04 44; Telefax: 030 20 45 89 31. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>.

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

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.

1. 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.

2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertrags-

abschluss 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 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Pflegemonatsgeldversicherung
(PZ)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Wir leisten im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang ein Pflegemonatsgeld und erbringen sonstige im Vertrag genannte Leistungen.



Was ist versichert?

- ✓ Leistung im Pflegefall bei ambulanter und vollstationärer Pflege
 - ✓ Pflegegrad 1: 100 %,
 - ✓ Pflegegrad 2: 100 %,
 - ✓ Pflegegrad 3: 100 %,
 - ✓ Pflegegrad 4: 100 %,
 - ✓ Pflegegrad 5: 100 %
- des aufgrund der einbezogenen Module individuell für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgelds
- ✓ Erhöhungsmöglichkeit des Pflegemonatsgelds bei vollstationärer Pflege für Pflegegrad 2 bis 5

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“ der MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der WürttKranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZ.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht:

- ✗ vgl. Ausschlüsse Teil I MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der WürttKranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZ



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Das Pflegemonatsgeld kann nur in Stufen von 1 Euro monatlich vereinbart werden. Das Mindestpflegemonatsgeld beträgt 100 Euro, das höchste Monatsgeld darf 4 500 Euro nicht überschreiten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Pflege-Airbag
(PZA)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Wir leisten im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang ein Pflegemonatsgeld.



Was ist versichert?

- ✓ Pflegemonatsgeld nach erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 2 bis 5 in vereinbarter Höhe für sechs Monate

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen. Die Versicherung endet auch mit Ablauf des Auszahlungszeitraums.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht:

- ✗ vgl. Ausschlüsse Teil I MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der WürttKranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZA



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Das Pflegemonatsgeld kann nur in Stufen von 100 Euro monatlich vereinbart werden. Das Mindestpflegemonatsgeld beträgt 100 Euro, das höchste Monatsgeld darf 4 500 Euro nicht überschreiten.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“ der MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der Württ-Kranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZA.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Pflege-Assistance
(PZAS)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Wir leisten im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang für Assistance-Leistungen und erbringen sonstige im Vertrag genannte Leistungen.



Was ist versichert?

Assistance- Leistungen unterteilt in drei Leistungsphasen

- ✓ Ärztliche Vermutung der Pflegebedürftigkeit bei Angehörigen ersten Grades oder bei Schwiegereltern (Leistungsphase 1)
- ✓ Ärztliche Vermutung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (Leistungsphase 2)
- ✓ Bestehende Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (Leistungsphase 3)

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“ der MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der WürttKranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZAS.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht:

- ✗ vgl. Ausschlüsse Teil I MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der WürttKranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZAS



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Assistance- Leistungen werden nur erstattet, wenn sie vom Versicherer oder von dessen Assistent organisiert werden.

Auch beim Vorliegen dieser Voraussetzung sind nicht allen denkbaren Fälle versichert. Im Deckungsumfang eingeschränkt sind zum Beispiel:

- ! Pflegeschulungen sind auf zwei pflegende Personen und auf 150 Euro je pflegende Person begrenzt.
- ! Es wird nur für die telefonische Erstberatung und für fünf telefonische Folgegespräche mit Psychologen geleistet.
- ! Leistungen in Leistungsphase 2 werden nur bis zu einem Gesamtbetrag von 7.500 Euro erbracht.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Pflege-Einmalleistung
(PZEL)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Wir leisten im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang eine Pflege-Einmalleistung.



Was ist versichert?

- ✓ Einmalzahlung nach erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 2 bis 5 in vereinbarter Höhe

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen. Die Versicherung endet auch mit der Auszahlung der Versicherungsleistung.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht:

- ✗ vgl. Ausschlüsse Teil I MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der WürttKranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZEL



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Pflege-Einmalleistung kann nur in Stufen von 1 000 Euro vereinbart werden. Die maximal versicherbare Summe beträgt 10 000 €.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen Sie stets rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“ der MB/EPV 2017 und Teil II Tarifbedingungen der Württ-Kranken AG – gültig i. V. m. Tarif PZEL.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Datenschutzhinweise

Unser Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte – Informationen nach Artikeln 13, 14 und 21 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) –

Nachfolgend möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Württembergische Versicherung AG, die Württembergische Lebensversicherung AG, die Württembergische Krankenversicherung AG, die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, die Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH, die Württembergische Vertriebspartner GmbH und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Württembergische Krankenversicherung AG, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG sowie Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH. Wenden Sie sich unter Angabe des jeweiligen Unternehmens bitte an

W&W-Platz 1,
70806 Kornwestheim
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail info@wuerttembergische.de

Für die Württembergische Vertriebspartner GmbH wenden Sie sich bitte an

W&W-Platz 1
70806 Kornwestheim
Telefon 07141 16-0
E-Mail makleradmin@wuerttembergische.de

Den Datenschutzbeauftragten unserer Unternehmen erreichen Sie unter:

Wüstenrot & Württembergische AG
Datenschutzbeauftragter
W&W-Platz 1,
70806 Kornwestheim
Telefon 07141 16-0
E-Mail dsb@ww-ag.com

2. Welche Quellen und Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von anderen Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe, von für Sie zuständigen Vermittlern sowie deren Führungskräften und Fachbetreuern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten zulässigerweise (z. B. zur Erfüllung von Verträgen, zur Schadensregulierung oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben.

Zum anderen verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort und Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten) und Authentifikationsdaten (z. B. Unterschriftprobe). Darüber hinaus können dies auch Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. die Nummern Ihrer Verträge), Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten), Werbe- und Vertriebsdaten (inklusive Werbescores), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll), Registerdaten, Daten über Ihre Nutzung von unseren angebotenen Telemedien (z. B. Aufruf unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten von uns bzw. Einträge) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Für besonders schützenswerte Daten (z. B. Gesundheitsdaten oder genetische Daten) erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.wuerttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz abrufen.

a) Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO)

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der vorgenannten Gesellschaften bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskünfte erteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen.

b) Im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO)

Soweit erforderlich verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunfteien zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken und aktuellen Adressen;
- Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache;
- Werbung oder Markt- und Meinungsforschung, soweit sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können;
- Maßnahmen zur Gebäude- und Anlagensicherheit (z. B. Zutrittskontrollen);
- Maßnahmen zur Sicherstellung des Hausrechts;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten

c) Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1a) DSGVO, Art. 9 Abs. 2a) i. V. m. Art. 7 DSGVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. Weitergabe von Daten im Konzern, Auswertung von Daten für Marketingzwecke) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

d) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO)

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht.

4. Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb der vorgenannten Unternehmen erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten brauchen. Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind bspw. Unternehmen in den Kategorien kreditwirtschaftliche Leistungen, IT-Dienstleistungen, Logistik, Wirtschaftsauskunfteien, Druckdienstleistungen, Telekommunikation, Inkasso, Beratung und Consulting sowie Vertrieb, Marketing und Anschriftenermittlung. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter

www.wuerttembergische.de/datenschutz,
www.karlsruher.de/datenschutz und
www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an Empfänger außerhalb der vorgenannten Unternehmen ist zunächst zu beachten, dass wir zur Verschwiegenheit über alle kundenbezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet sind, von denen wir Kenntnis erlangen. Informationen über Sie dürfen wir nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies gebieten, Sie eingewilligt haben oder wir zur Erteilung einer Auskunft befugt sind. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten z. B. sein:

- Öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung.

- Andere Versicherungsinstitute oder vergleichbare Einrichtungen sowie externe Vermittler und Vermittlungsgesellschaften, an die wir zur Durchführung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen personenbezogene Daten übermitteln (bspw. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel),
- Rückversicherungsunternehmen, über die von uns übernommene Risiken abgesichert werden. Hierzu kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an ein solches Unternehmen zu übermitteln, damit dieses sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.
- Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf der folgenden Internetseite: www.informa-his.de.

Weitere Datenempfänger können diejenigen Stellen sein, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben, bzw. für die Sie uns von unserer Schweigepflicht gemäß Vereinbarung oder Einwilligung befreit haben.

5. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung, was beispielsweise auch die Anbahnung und die Abwicklung eines Vertrages umfasst.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (§§ 238, 257 Abs. 4 HGB), der Abgabenordnung (§ 147 Abs. 3, 4 AO) und dem Geldwäschegesetz (§ 8 Abs. 3 GwG) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahre.

Schließlich beurteilt sich die Speicherdauer auch nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Regel drei Jahre, in gewissen Fällen aber auch bis zu dreißig Jahre betragen können.

6. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

7. Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

8. Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir die automatisierte Entscheidungsfindung ausschließlich zur Unterstützung der betriebsinternen Abläufe.

Eine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO findet regelmäßig nicht statt

10. Inwieweit werden meine Daten für Scoring und Rating genutzt?

Wir verarbeiten teilweise Ihre Daten automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten:

- Aufgrund gesetzlicher und behördlicher Vorgaben sind wir zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und Betrug verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (unter anderem im Zahlungsverkehr) vorgenommen.
- Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr zukünftiges Zahlungsverhalten (Scoring). Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter www.wuerttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO, das wir zur Bonitätsbewertung oder für Werbezwecke einsetzen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

2. In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch (ohne Nennung von Gründen) gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Bitte richten Sie den Widerspruch an die oben genannten Kontaktdaten des verantwortlichen Unternehmens.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung: Gültig ab 1. April 2023

Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) § 1 - 19

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 nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) 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.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) 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.

(6) 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 (§ 8 a 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 Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

zu § 1 (5) Aufnahmefähigkeit

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

zu § 1 (5) Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Die vertraglichen Leistungen werden unabhängig davon, wo die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt, erbracht.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- 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, Mitteln von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- 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 pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
- Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkör-

pers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilettete 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;

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - 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
 - in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- 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 Umfelds. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes des Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit alterssprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 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
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 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 Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - f) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) a) gilt nicht bei unvorhersehbarem Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges im Ausland.

Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes ausgesprochen wurde.

zu § 5 (1) b), c), d) und e)

Die Leistungseinschränkungen nach § 5 (1) b), c), d) und e) entfallen.

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

Hierfür sind keine tariflichen Leistungen vereinbart.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nur für Kostenerstattungstarife.

§ 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 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

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 Pflegebedürftigkeit an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausbezahlt, in dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nachgewiesen wurde.

zu § 6 (2) Nachweise

Für Eintritt, Grad 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.

Kann die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads nicht im Rahmen der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen, z. B. weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen Pflegekasse oder der deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, wird der Versicherer einen unabhängigen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsverfahren des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt. Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit finden grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person statt. Sofern durch die Untersuchungen Mehrkosten entstehen, sind diese gesamtschuldnerisch vom Versicherungsnehmer und von der versicherten Person zu tragen.

Mehrkosten sind die Kosten, die höher sind als jene Kosten, die für eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt oder den von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung innerhalb Deutschlands entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, in begründeten Einzelfällen eine Begutachtung nach Aktenlage durchführen zu lassen.

zu § 6 (6) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Unbeschadet der Regelung in Abs. 6 erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistungen innerhalb des SEPA-Zahlungsraumes in EURO kostenfrei.

§ 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 nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG 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 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) 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 Beiträge 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 bis 15 bzw. 16 bis 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für die nächst höhere Altersstufe zu zahlen.

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

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a 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 Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des 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.

§ 8b 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 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

- (3) (entfallen)

- (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 § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % 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.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, 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 Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

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

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

- (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

Es gilt keine Anzeigefrist bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Über die in § 9 Abs. (1) genannten Obliegenheiten hinaus ist nach Eintritt des Versicherungsfalles der Beginn und das Ende einer vollstationären Pflege anzuzeigen.

zu § 9 (2) Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles

Auf die Anzeigepflichten gemäß § 9 Abs. (2) wird verzichtet.

zu § 9 (6) Anderweitig bestehende Versicherungen

Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf 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 Pflagegeld 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.

zu § 10 (2) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Diese Regelung findet keine Anwendung.

§ 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 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 Inkrafttretens 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 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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 Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit 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 Umstufen 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 in Textform 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. 5 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. 5 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 Tode des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

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

Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet nicht mit der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Teil III Tarif PZ Pflegemonatsgeldversicherung: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft*

* Hinweis: Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegetagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung ohne Ausnahme entsprechend auf die Pflegemonatsgeldversicherung.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Allgemeines

Das Pflegemonatsgeld wird monatlich bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1a (1) und (2) MB/EPV 2017) in der für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Höhe gezahlt. Es besteht aus verschiedenen Modulen, die nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in den Versicherungsschutz einbezogen werden können. Der individuell gewählte Leistungsumfang wird im Versicherungsschein dokumentiert. Das Pflegemonatsgeld je Pflegemodul kann grundsätzlich in Stufen von 1 Euro vereinbart werden.

Bei untermonatlicher Feststellung oder Ende der Pflegebedürftigkeit wird für den entsprechenden Monat das versicherte Pflegemonatsgeld in anteiliger Höhe ausbezahlt. Bei untermonatlichem Wechsel in einen höheren oder niedrigeren Pflegegrad wird für den entsprechenden Monat ebenfalls anteilig für die jeweiligen Pflegegrade geleistet. Gleiches gilt bei untermonatlichem Wechsel zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege.

1.2 Zusammensetzung des Pflegemonatsgeldes

1.2.1 Ambulante und vollstationäre Pflege

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit wird aus den Modulen PZ1 bis PZ5 als Versicherungsleistung das jeweils vereinbarte Pflegemonatsgeld gezahlt.

Folgende Module können einzeln oder in Kombination vereinbart werden:

- Modul PZ1 mit Leistungen für Pflegegrade 1 bis 5,
- Modul PZ2 mit Leistungen für Pflegegrade 2 bis 5,
- Modul PZ3 mit Leistungen für Pflegegrade 3 bis 5,
- Modul PZ4 mit Leistungen für Pflegegrade 4 und 5,
- Modul PZ5 mit Leistungen für Pflegegrad 5.

Das für den jeweiligen Pflegegrad zu zahlende Pflegemonatsgeld ergibt sich aus den in den Versicherungsschutz einbezogenen Modulen und der Summe der darin enthaltenen Leistungen für den jeweiligen Pflegegrad.

Beispiel: Sind die Module PZ2 bis PZ5 vereinbart worden, ergibt sich die Versicherungsleistung für Pflegegrad 4 aus der Summe der in den Modulen PZ2, PZ3 und PZ4 vereinbarten Leistungen.

1.2.2 Erhöhung der Leistung bei Vollstationärer Pflege

Das sich aus den Modulen PZ1 bis PZ5 nach Ziffer 1.2.1 ergebende Monatsgeld kann für vollstationäre Pflege auf einen einheitlichen Betrag erhöht werden (im Folgenden „Erhöhungsbetrag“).

Der Erhöhungsbetrag gilt für diejenigen Pflegegrade 2, 3, 4 und 5, für die Leistungen nach Ziffer 1.2.1 vereinbart werden und muss mindestens so hoch sein wie das Pflegemonatsgeld für Pflegegrad 5, welches sich aus der Gesamtleistung der Module PZ1 bis PZ5 nach Ziffer 1.2.1 ergibt.

Der Erhöhungsbetrag darf die vorgenannte Gesamtleistung in Pflegegrad 5 um maximal 40 Prozent übersteigen. Dieser Prozentsatz kann vom Versicherer mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders jederzeit erhöht, nicht aber reduziert werden.

Der Erhöhungsbetrag wird durch den Abschluss der Module PZS2 bis PZS5 abgebildet, die ein Monatsgeld für vollstationäre Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorsehen, und zwar:

- Modul PZS2 mit Leistungen für Pflegegrad 2,
- Modul PZS3 mit Leistungen für Pflegegrad 3,
- Modul PZS4 mit Leistungen für Pflegegrad 4,
- Modul PZS5 mit Leistungen für Pflegegrad 5.

Der Versicherer legt dabei jeweils die genaue Höhe des Pflegemonatsgeldes der Module PZS2 bis PZS5 passend zur Absicherung der Module PZ1 bis PZ5 und dem Erhöhungsbetrag fest.

1.3 Definition vollstationäre Pflege

Um vollstationäre Pflege handelt es sich, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und verpflegt werden (siehe § 71 Abs. 2 SGB XI).

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 oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser (siehe § 71 Abs. 4 SGB XI).

1.4 Unterbrechung der vollstationären Pflege

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 nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person aufrechterhalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Aufrechterhalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum nur die versicherten Leistungen aus den Modulen PZ1 bis PZ5 erbracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Vertragsabschluss

Tritt bei einer versicherten Person nach Vertragsabschluss Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 4 oder 5 ein, wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung endet mit dem Wegfall von Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 oder 5.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer ein Pflegemonatsgeld für Pflegegrad 4 oder 5 zahlt. Sie endet zum letzten Tag des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 mehr besteht.

3. Dynamik

3.1 Erhöhung des Pflegemonatsgeldes

- a) Das Pflegemonatsgeld wird für versicherte Personen jährlich zum 01.07. ohne erneute Gesundheitsprüfung um 4 % erhöht. Die Erhöhung erfolgt nicht, falls die versicherte Person zu diesem Termin das 70. Lebensjahr bereits vollendet hat. Die Erhöhung erfolgt erstmals im vierten Versicherungsjahr.
- b) Die Erhöhung erfolgt für das sich aus Ziffer 1.2.1 ergebende Pflegemonatsgeld sowie für einen ggf. vereinbarten Erhöhungsbetrag nach Ziffer 1.2.2 und wird auf den nächsten Euro aufgerundet. Die Erhöhung beträgt jeweils mindestens 1 Euro.
- c) Eine Erhöhung findet nicht statt, soweit die vom Versicherer in den Annahmerichtlinien festgelegten Versicherungshöchstbeträge erreicht sind (siehe Ziffer 5).

3.2 Widerspruchsrecht

Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Erhöhungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, mindestens aber noch einen Monat nach dem Wirksamwerden der Erhöhung. Der Widerspruch zur Erhöhung kann nur gesamtthaft für eine versicherte Person erfolgen, eine Beschränkung auf einzelne Module ist nicht zulässig.

Wenn in drei aufeinanderfolgenden Jahren der Erhöhung widersprochen wird, erlischt der Anspruch auf Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung. Wurde der Dynamisierung in zwei aufeinanderfolgenden Jahren widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der nächsten Mitteilung zur Dynamisierung auf die Folgen eines erneuten Widerspruchs hin.

3.3 Beitrag

Ab dem Zeitpunkt der Erhöhung des Pflegemonatsgeldes ist der nach Ziffer 8.2 zu berechnende Beitrag zu bezahlen.

4. Nachversicherungsoptionen

4.1 Optionsausübung in Abhängigkeit von persönlichen Anlässen

Der Versicherungsnehmer hat bei verschiedenen Ereignissen das Recht, das vereinbarte Pflegemonatsgeld für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen, sofern die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Bei Vorliegen eines der folgenden Ereignisse können das versicherte Pflegemonatsgeld in allen vereinbarten Modulen PZ1 bis PZ5 und ein ggf. nach Ziffer 1.2.2 vereinbarter Erhöhungsbetrag um bis zu 25 %, jedoch je Pflegegrad maximal bis zu den in den Annahmerichtlinien festgelegten Höchstsätzen (siehe Ziffer 5) erhöht werden. Die Erhöhung kann nur gesamtthaft erfolgen, d.h. das Monatsgeld der Module PZ1 bis PZ5 sowie der Erhöhungsbetrag müssen um denselben Prozentsatz erhöht werden.

Ereignisse zur Ausübung des Optionsrechtes sind:

- a) Berufsausbildung oder Studium
Dieses Recht besteht, wenn die versicherte Person den erfolgreichen Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vorweisen kann. Das Recht kann pro versicherter Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit ausgeübt werden.
- b) Erwerb einer Immobilie
Dieses Recht besteht, sofern die versicherte Person ein Darlehen zum Kauf einer Immobilie aufnimmt und die Immobilie nach Erwerb selbst zum Wohnen nutzt. Es kann pro versicherter Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit ausgeübt werden.
- c) Weitere Anlässe sind:
 - Heirat der versicherten Person
 - Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person
 - Geburt eines eigenen Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person
 - Verlegung des Erstwohnsitzes der versicherten Person in ein anderes Bundesland
 - Erstmals Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Ehepartners der versicherten Person oder ihres eingetragenen Lebenspartners nach Lebenspartnerschaftsgesetz
 - Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners nach Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person
 - Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes der versicherten Person

Der Antrag auf Erhöhung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des auslösenden Ereignisses beim Versicherer gestellt werden und wird zum ersten Tag des nächsten Monats nach Antragstellung wirksam. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

4.2 Optionsausübung in Abhängigkeit vom Versicherungsbeginn im Tarif PZ

Der Versicherungsnehmer hat zusätzlich und unabhängig von den in Ziffer 4.1 genannten Anlässen das Recht, für jede versicherte Person einmalig innerhalb von fünf Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes im Tarif PZ, frühestens jedoch ab Vollendung des 21. Lebensjahres und maximal bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person, die vereinbarten Pflegemonatsgelder ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dabei dürfen die Pflegemonatsgelder je Pflegegrad jeweils um bis zu 600 Euro, maximal aber bis zu den in den Annahmerichtlinien des Versicherers festgelegten Optionsgrenzen (siehe Ziffer 5), erhöht werden. Dies gilt auch für einen Neueinschluss der Module PZS bei stationärer Pflege gemäß Ziffer 1.2.2.

4.3 Hinzerversicherung oder Anpassung von Tarifen bei Ausübung einer Nachversicherungsoption

Wird eine der unter Ziffern 4.1 oder 4.2 genannten Nachversicherungsoptionen ausgeübt, können auch Pflegezusatz-Tarife, die Versicherungsschutz nach Tarif PZ voraussetzen (PZA, PZAS, PZEL), hinzerversichert oder angepasst werden.

Die vereinbarten Leistungshöhen, sofern die Tarife solche als wählbar vorgesehen, dürfen dabei die in den Annahmerichtlinien des Versicherers festgelegten Optionsgrenzen (siehe Ziffer 5) nicht überschreiten.

4.4 Allgemeine Voraussetzungen der Optionsausübung

Sämtliche unter den Ziffern 4.1 bis 4.3 genannten Nachversicherungsoptionen sind für eine versicherte Person ausgeschlossen, sofern zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags zur Ausübung des Optionsrechtes eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung von mindestens 50) besteht. Gleiches gilt, sofern innerhalb der letzten 24 Monate vor Stellung des Antrags zur Ausübung des Optionsrechtes ein Antrag auf Pflegeleistungen für die versicherte Person gestellt wurde oder innerhalb dieses Zeitraumes Pflegebedürftigkeit für mindestens einen Tag bei der versicherten Person bestand.

4.5 Beitrag

Ab dem Zeitpunkt der Erhöhung des Pflegemonatsgeldes ist der nach Ziffer 8.2 zu berechnende Beitrag zu bezahlen.

5. Versicherungshöchstbeträge und Optionsgrenzen

Die maßgeblichen Versicherungshöchstbeträge und Optionsgrenzen sind Bestandteil des Versicherungsvertrages und werden dem Versicherungsnehmer spätestens zum Vertragsschluss ausgehändigt. Der Versicherer kann die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses gültigen Versicherungshöchstbeträge und Optionsgrenzen im Laufe der Zeit erhöhen. Eine Reduzierung der bei Vertragsschluss maßgeblichen Versicherungshöchstbeträge und Optionsgrenzen ist ausgeschlossen.

6. Besonderes Umstellungsrecht

Führt der Versicherer in Folge von Änderungen der gesetzlichen Regelungen in der sozialen Pflege- oder in der privaten Pflegepflichtversicherung (SPV/PPV) neue Pflegeetarife ein, haben die versicherten Personen das Recht, in einen solchen Tarif zu wechseln.

Das Umstellungsrecht muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes. Bisher vereinbarte Zuschläge können entsprechend geändert werden.

7. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8. Beiträge

8.1 Beitragsberechnung

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. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 15 bzw. Altersgruppe 16 bis 20) zahlen ab Alter 16 bzw. ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

8.2 Berechnung des Mehrbeitrags bei Dynamik (Ziffer 3) und Nachversicherung (Ziffer 4)

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegemonatsgeld nach Ziffern 3, 4.1, 4.2 oder für nach Ziffer 4.3 hinzukommende Tarife wird nach dem zum Änderungszeitpunkt erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

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

8.3 Staffel-Option

Der Tarif PZ kann bei Versicherungsbeginn zu einem modifizierten Beitrag (Staffel-Option) abgeschlossen werden, sofern das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn mindestens 21 und höchstens 50 Jahre beträgt.

In diesem Fall reduziert sich der Beitrag in den ersten Versicherungsjahren. Während des Optionszeitraums erhöht sich der Beitrag schrittweise, was im späteren Verlauf zu einem höheren Beitrag gegenüber dem Beitrag ohne Staffel-Option führt.

Einzelheiten zum Beitragsverlauf und zum Beginn und Ende des Optionszeitraums können dem Versicherungsschein entnommen werden.

Die Staffel-Option kann auf Antrag des Versicherungsnehmers innerhalb des Optionszeitraums jederzeit zum nächsten Monatsersten beendet werden.

Teil III Tarif PZA Pflege-Airbag: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft*

* Hinweis: Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung ohne Ausnahme entsprechend auf den Pflege-Airbag.

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflagegeldversicherung besteht.

2. Versicherungsleistung

Bei erstmaligem Eintritt von Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 2 oder höher erhält die versicherte Person während der folgenden 6 Monate der Pflegebedürftigkeit (Auszahlungszeitraum) zusammen mit dem Pflegemonats- bzw. Pflagegeld eine zusätzliche monatliche Geldleistung in der vereinbarten Höhe.

3. Ende der Versicherung bei Einstufung in Pflegegrad 2 oder höher

Die Versicherung endet mit Ablauf des Auszahlungszeitraums nach Ziffer 2. Stirbt die versicherte Person vor Ablauf des Auszahlungszeitraums, endet der Versicherungsschutz und damit der Auszahlungsanspruch zum Ende des Monats, in dem der Tod eingetreten ist.

4. Ende der Beitragszahlung

Die Beitragszahlung endet zum letzten Tag des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist.

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. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 15 bzw. Altersgruppe 16 bis 20) zahlen ab Alter 16 bzw. ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

Teil III Tarif PZAS Pflege-Assistance: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Regelungen

Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflegegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung mit folgenden Ausnahmen entsprechend auf die Pflegegeldversicherung und auf die Pflege-Assistance-Dienstleistungen:

1.1 Auslandsgeltung

§ 1 Abs. 5 Satz 2 MB/EPV 2017 und Teil II der Tarifbedingungen zu § 1 Abs. 5 und zu § 15 Abs. 4 gelten nicht. Assistance-Leistungen werden ausschließlich innerhalb von Deutschland erbracht.

1.2 Tarif nach Art der Schadenversicherung

Die Versicherung nach Tarif PZAS wird nach Art der Schadenversicherung betrieben. Daraus ergeben sich folgende Anpassungen:

AVB Teil I § 1 Abs. 6 MB/EPV 2017 gilt mit der Maßgabe, dass Alterungsrückstellungen in Tarif PZAS nicht gebildet werden.

AVB Teil II der Tarifbedingungen zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung) findet keine Anwendung.

AVB Teil I § 8 a MB/EPV 2017 gilt mit der Maßgabe, dass Alterungsrückstellungen in Tarif PZAS nicht gebildet werden.

AVB Teil I § 8 b (1) MB/EPV 2017 und AVB Teil II zu § 8 b (1) gelten mit der Maßgabe, dass die Regelungen zu den Sterbewahrscheinlichkeiten keine Anwendung finden.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflegegeldversicherung besteht.

3. Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind in drei Leistungsphasen aufgeteilt. Der Versicherer erbringt in dem je Leistungsphase definierten Versicherungsfall die nachstehend aufgeführten Assistance-Leistungen. Der Versicherer beauftragt hierfür einen qualifizierten Dienstleister (Assistent), der die Leistungen entweder selbst erbringt oder seinerseits durch einen von ihm beauftragten Dritten erbringen lässt.

Die Organisation der Assistance-Leistungen über den Versicherer bzw. über dessen Assistent ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen nach diesem Tarif.

Die Assistance-Leistungen können unter der Telefonnummer 0711 / 662 725120 beantragt bzw. abgerufen werden.

3.1 Leistungsphase 1

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 1 tritt ein, wenn für einen Angehörigen ersten Grades (Eltern und Kinder, auch Adoptivkinder) oder für einen der beiden Schwiegereltern (Eltern des Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners) der versicherten Person Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Der Versicherer ist berechtigt, sowohl über das Vorliegen der Verwandtschaftsbeziehung als auch über die vermutete Pflegebedürftigkeit einen Nachweis, beispielsweise in Form einer Geburts- oder Heiratsurkunde bzw. eines ärztlichen Attests, zu verlangen.

Die Leistungspflicht endet mit der Anerkennung eines Pflegegrades oder der Ablehnung des Antrages durch die soziale Pflegeversicherung bzw. durch die private Pflegepflichtversicherung, spätestens jedoch 12 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Für die betroffene Person muss unmittelbar nach Kenntnis der vermuteten Pflegebedürftigkeit ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Wird ein solcher Antrag nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt, endet die Leistungspflicht des Versicherers bereits zu diesem Zeitpunkt.

Folgende Leistungen werden in Leistungsphase 1 zur Versorgung der genannten betroffenen Angehörigen erbracht:

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung nach Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).
- Übernahme der Kosten eines „Pflege-Managers“ zur Pflegeberatung und -planung, sowohl telefonisch als auch vor Ort unter Berücksichtigung der familiären, sozialen und häuslichen Situation. Nach der Beratung zur Beantragung von Pflegeleistungen wird Unterstützung bei der Antragstellung sowie Hilfe bei eventuellen Widerspruchsverfahren angeboten. Darüber hinaus erfolgen eine Beratung zu Pflegeschulungen, Freizeitbetreuung, Selbsthilfegruppen, Institutionen oder sozialen Einrichtungen sowie eine Beratung für den Pflegealltag mit dem Ziel, Hilfestellungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu geben.
- Übernahme des konkreten Pflegefalles hinsichtlich:
 - Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
 - Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
 - Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
 - Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
 - Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
 - Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren.

- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Sofern für die weiterführende Beratung oder für die Verfolgung von Rechtsansprüchen die Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts erfolgt, fallen die dabei entstehenden Kosten nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

- Organisation einer Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende Personen. Übernommen werden hierbei Kosten in Höhe von maximal 150 Euro pro pflegenden Person.
- Benennung und Vermittlung folgender Dienstleister:
 - Ambulante häusliche Pflegedienste
 - Teilstationäre Pflegeeinrichtungen
 - Kurzzeitpflegeeinrichtungen
 - Tag- und NachtwacheDie Kosten, die durch den Einsatz dieser Dienstleister entstehen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung und Vermittlung von spezialisierten Fachberatern zur telefonischen oder Vor-Ort-Beratung zu geeigneten behindertengerechten Umbaumaßnahmen der Wohnung und Information zu den zugehörigen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Beratungskosten werden übernommen; Kosten für Architekten oder ausführende Handwerker fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Telefonische Erstberatung sowie bis zu fünf telefonische Folgegespräche mit Psychologen. Folgende Leistungen werden in diesem Rahmen erbracht:
 - Stabilisierung und Beruhigung der Betroffenen
 - Information zu Risiken einer psychotraumatischen Belastungsstörung
 - Information zu Hilfsquellen
 - Stressmanagement/Selbstmanagement
 - Präventive Instruktion
 - Empfehlungen zur Nachsorgeplanung
 - Unterstützung der natürlichen Selbstheilungsprozesse

Die Kosten der Erstberatung sowie der Folgegespräche werden übernommen. Zudem können verschiedene Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen (für die zu Pflegenden sowie deren Angehörige) sowie Trauergruppen vermittelt bzw. benannt werden. Kosten für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und Gruppen fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

- Einsatz eines Mediators mit Befähigung zur Pflege-Mediation: Unter Pflege-Mediation versteht man die Vermittlung zwischen den Angehörigen und/oder der zu pflegenden Person bei akuten emotionalen Stresssituationen im Zusammenhang mit der Pflege.
- Die Kosten für den Einsatz des Mediators werden übernommen.
- Vermittlung eines Umzugsunternehmens und eines Dienstleisters zur Wohnungsauflösung, wenn für die betroffene Person ein Umzug in ein Pflegeheim bevorsteht. Kosten für den Einsatz dieser Unternehmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.
- Einmal im Monat werden bei Bedarf für die zu pflegende Person eine mobile Fußpflege und ein mobiler Friseur vermittelt. Kosten für den Einsatz dieser Dienstleister fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

3.2 Leistungsphase 2

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 2 tritt ein, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Der Versicherer ist berechtigt, darüber einen Nachweis, beispielsweise in Form eines ärztlichen Attests, zu verlangen.

Die Leistungspflicht endet mit der Anerkennung eines Pflegegrades oder der Ablehnung des Antrages durch die soziale Pflegeversicherung bzw. durch die private Pflegepflichtversicherung, spätestens jedoch 12 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Für die versicherte Person muss unmittelbar nach Kenntnis der vermuteten Pflegebedürftigkeit ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Wird ein solcher Antrag nicht innerhalb einer Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt, endet die Leistungspflicht des Versicherers bereits zu diesem Zeitpunkt.

Folgenden Leistungen werden in Leistungsphase 2 erbracht:

- Alle Leistungen aus Leistungsphase 1
- Darüber hinaus werden folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei innerhalb der Leistungsdauer von Leistungsphase 2 übernommen, insgesamt jedoch maximal 7.500 Euro.
- Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Zu den Leistungen der Grundpflege zählen
 - Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen,
 - Hilfe beim An- und Auskleiden,
 - Hilfe beim Verrichten der Notdurft,

- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die Grundpflege ist maximal bis zu drei Stunden pro Tag erstattungsfähig.

- Einmal pro Woche wird innerhalb der Wohnung bzw. des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume sich nicht in einem verwahrlosten Zustand befinden. Übernommen werden die Kosten für die Reinigung bis maximal 3 Stunden je Woche.
- Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt. Übernommen werden die Kosten für die Versorgung der Wäsche bis maximal 3 Stunden je Woche.
- Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Tätigkeiten durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:
 - Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
 - Botengänge zur Bank oder zu den Behörden,
 - das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten in einer Apotheke,
 - der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie
 - das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Übernommen werden die Kosten für diese Dienstleistungen bis maximal 3 Stunden je Woche. Kosten für die Einkäufe werden nicht übernommen.

- Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung. Übernommen werden die Kosten für bis zu 7 Mahlzeiten je Woche für die Mitglieder des Haushalts der versicherten Person. Als Mitglieder des Haushalts gelten dabei neben der versicherten Person selbst deren Ehe- bzw. Lebenspartner sowie minderjährige Kinder.
- Zweimal in der Woche wird im Radius von maximal 20 Strecken-Kilometern ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert und die Kosten des Fahrdienstes übernommen.
- Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf der Garten am selbstbewohnten Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person versorgt. Voraussetzung ist, dass sich der Garten vor dem Leistungsfall nicht in einem verwahrlosten Zustand befand. Zu den Arbeiten zählen z. B. Rasen mähen, Laub entfernen und Pflanzen wässern. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt. Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.
- Bei Bedarf wird der Schnee rund um das selbstbewohnte Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person geräumt. Hierzu zählt auch das Ausbringen von Streugut. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt. Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Streugut) werden nicht übernommen.

- Bei Bedarf werden bis zu 3 Stunden je Woche allgemeine Hausdienste, die der versicherten Person im Rahmen der Hausordnung obliegen (z. B. Reinigung des Treppenhauses), übernommen.
- Organisation der Betreuung der im Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder unter 16 Jahren, wenn die versicherte Person hierzu nicht in der Lage ist. Diese Leistung wird so lange erbracht, bis die Betreuung anderweitig übernommen werden kann, z. B. durch Verwandte. Übernommen werden die Kosten für bis zu 25 Stunden je Woche.
- Organisation der Betreuung der Haustiere der versicherten Person, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc. handelt. Die Kosten des Tiertransports und der Betreuung werden bis zu einem Betrag von 500 Euro übernommen.
- Information zu Pflegehilfsmitteln (z. B. Krankenbett, Rollstuhl, Gehhilfen) und den zugehörigen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung.
- Vermittlung der Installation einer Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger für die versicherte Person, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen hierfür vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst. Übernommen werden die Kosten für die Installation, nicht jedoch für den laufenden Betrieb der Anlage.

Endet die Leistungsphase 2, können Leistungen aus der Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeldversicherung in Anspruch genommen werden. Diese sind beim Versicherer zu beantragen. Ohne Antrag werden keine Leistungen aus der Pflegemonats- bzw. Pflegetagegeldversicherung erbracht.

3.3 Leistungsphase 3

Der Versicherungsfall in Leistungsphase 3 tritt ein, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit besteht (AVB Teil I § 1a MB/EPV 2017).

Folgenden Leistungen werden in Leistungsphase 3 erbracht:

Im Rahmen der ambulanten Pflege der versicherten Person wird bis zu zweimal pro Kalenderjahr ein Pflegedienst vermittelt, der die vorübergehende Betreuung des Pflegebedürftigen übernimmt (z. B. weil die Pflegeperson in diesem Zeitraum nicht zur Verfügung steht). Zeitraum und Dauer der vorübergehenden Betreuung können bei Inanspruchnahme der Leistung mit dem Assistenten vereinbart werden.

In der Regel wird diese Leistung innerhalb von 72 Stunden, oft sogar schneller, vermittelt. Es besteht kein Anspruch auf Entschädigung, falls dieser Zeitraum nicht eingehalten werden kann.

Die für die Betreuung durch den Pflegedienst entstehenden Kosten fallen nicht unter den Versicherungsschutz und werden nicht erstattet.

4. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5. Beiträge

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

Teil III Tarif PZEL Pflege-Einmalleistung: Gültig ab 1. Juni 2020

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft*

* Hinweis: Soweit in den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und in Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft die Pflagegeldversicherung genannt ist, erstreckt sich die jeweilige Regelung ohne Ausnahme entsprechend auf die Pflege-Einmalleistung.

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der Württembergische Krankenversicherung AG eine Pflegemonats- oder eine Pflagegeldversicherung besteht.

2. Versicherungsleistung

Bei erstmaliger Einstufung in Pflegegrad 2 oder höher erhält die versicherte Person eine Einmalleistung in der vereinbarten Höhe.

3. Ende der Versicherung bei Einstufung in Pflegegrad 2 oder höher

Die Versicherung endet mit Auszahlung der Versicherungsleistung nach Ziffer 2.

4. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5. 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. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 15 bzw. Altersgruppe 16 bis 20) zahlen ab Alter 16 bzw. ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

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 2017 (MB/EPV 2017) 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 2017 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 2017), 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 2017) 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 Pflgetätigkeit 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.

Ihr Fels in der Brandung.

wuerttembergische.de



Wir beraten Sie gerne.

Bei den Beschreibungen der Leistungen handelt es sich um vereinfachte Darstellungen. Für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Vertragsabschluss und der Versicherungsschein maßgebend. Es gelten die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen.