

Vertragsgrundlage 353

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pfleigestufe III) mit planmäßiger Erhöhung von Beitrag und Leistung sowie Beitragsfreiheit im Leistungsfall Tarif PTG 3

Seite 1 von 5 Stand: 07.2008

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	<p>(1) Wir zahlen Ihnen im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld.</p> <p>(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, d.h. voraussichtlich für die Dauer von mindestens sechs Monaten, der Hilfe bedarf und die Voraussetzungen für die Zuordnung zur Pfleigestufe III nach §§ 14, 15 SGB XI (abgedruckt am Ende dieser Vertragsgrundlage) und den nach § 17 SGB XI beschlossenen Richtlinien vorliegen.</p> <p>(3) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind</p> <ul style="list-style-type: none">a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Kleidung und Wäsche oder das Beheizen der Wohnung. <p>Die Verrichtungen nach a) bis c) werden im weiteren auch als Grundpflege bezeichnet.</p> <p>(4) Pflegebedürftig nach Pfleigestufe III (schwerst pflegebedürftig) ist die versicherte Person, wenn sie bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der haus-</p>	<p>wirtschaftlichen Versorgung benötigt.</p> <p>(5) Der Zeitaufwand, den eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pfleigestufe III mindestens fünf Stunden betragen; dabei müssen mehr als vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.</p> <p>(6) Bei Kindern ist für die Zuordnung zur Pfleigestufe III der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.</p> <p>(7) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pfleigestufe III. Er endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pfleigestufe III mehr besteht.</p> <p>(8) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.</p> <p>(9) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in Deutschland. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf die Pflege im Ausland ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen Reiseunfähigkeit aus medizinischen Gründen über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zustandekommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Zugang einer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheines eingetreten sind, leisten wir nur für den Teil nicht, der in die Zeit vor Versicherungs-</p>	<p>beginn fällt.</p> <p>(2) Neugeborene versichern wir ohne Risikoprüfung ab dem Tag der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und das Neugeborene spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt zur Versicherung angemeldet wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.</p>
§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)	Keine	
§ 4 Informationen zum Leistungsumfang und zur planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag	<p>(1) Wir zahlen das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pfleigestufe III, wenn uns spätestens am 42. Tag nach der Feststellung ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit vorliegt. Unsere Leistungen richten sich nach der Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes.</p> <p>(2) Der Eintritt und die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Für den Nachweis halten wir einen Vordruck bereit, der bitte unverzüglich nach ärztlicher Feststellung der Pflege-</p>	<p>bedürftigkeit anzufordern ist. Der ausgefüllte Vordruck muss uns spätestens 42 Tage nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorliegen. Eine Bescheinigung von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen genügt als Nachweis nicht. Alternativ kann der Nachweis des Eintritts der Pflegebedürftigkeit oder der Fortdauer auch durch Vorlage der Feststellungsunterlagen einer gesetzlichen Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden.</p>

§ 4 Fortsetzung	<p>Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist in Abständen von 6 Monaten nachzuweisen. Die hierfür entstehenden Kosten sind von Ihnen zu tragen. Machen wir von unserem Recht Gebrauch, in kürzeren Abständen einen Nachweis für die Pflegebedürftigkeit zu verlangen, tragen wir die hierfür entstehenden Mehrkosten.</p> <p>(3) Wir erhöhen das Pflegetagegeld ohne Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Tagegeldsatzes und zwar erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat. Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf volle 1,00 EUR gerundet. Die planmäßige Beitragserhöhung wird nach den in § 8 a Absatz 2, 3, 5 und 6 festgelegten Grundsätzen</p>	<p>berechnet. Der Anspruch auf planmäßige Erhöhungen entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt einer möglichen planmäßigen Erhöhung einen Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld haben. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von einem Monat nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen. Widersprechen Sie für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.</p>
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	<p>Wir leisten nicht</p> <p>a) bei Pflegebedürftigkeit, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursache als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versiche-</p>	<p>rungsschutz eingeschlossen ist; b) bei Pflegebedürftigkeit, die auf Sucht oder vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten bzw. Folgen eines vorsätzlich verursachten Unfalles beruht.</p>
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	<p>(1) Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung</p>	<p>verlangen. (2) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.</p>
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>	

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung	<p>(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).</p> <p>(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Beginnt die Versicherung erst zu einem späteren Zeitpunkt, ist der erste Beitrag zum Versicherungsbeginn zu zahlen.</p> <p>(3) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten.</p> <p>(4) Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahn-</p>	<p>kosten verpflichtet.</p> <p>(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(6) Besteht für Sie oder eine mitversicherte Person Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld aus diesem Tarif, sind Sie von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person befreit. Die Beitragsbefreiung beginnt am Monatsersten nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht aus diesem Tarif.</p>
§ 8a Beitragsberechnung	<p>(1) Die Berechnung der Beiträge wird nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vorgenommen und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.</p> <p>(2) Die Beiträge für den Neuzugang richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Erhöhung des Pflegetagegeldes ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.</p> <p>(3) 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. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrück-</p>	<p>stellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <p>(4) Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Jugendliche eingestuft. Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Männer bzw. Frauen eingestuft. In den Beiträgen für Kinder und Jugendliche ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung nach Absatz 3 vorgesehen.</p>

§ 8a Fortsetzung	<p>(5) Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.</p> <p>(6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen. Im Rahmen einer planmäßigen Erhöhung wird dieser</p>	<p>Zuschlag entsprechend erhöht.</p> <p>(7) Nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeschrieben. Neben der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit der Prämienermäßigung kann dieser Teil der Alterungsrückstellung bei Personen, die keinen Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld haben, auch zur Erhöhung der Leistungen verwendet werden.</p>
§ 8b Beitragsanpassung	<p>(1) Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern - also auch Ihnen - gegenüber verpflichten, können sich durch allgemein vermehrte Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zu mindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der Vergleich der Barwerte der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von</p>	<p>mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.</p> <p>(2) Sind die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichend, legen wir dem Vergleich nach Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde.</p> <p>(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen.</p> <p>(4) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.</p>
§ 9 Mitwirkungspflichten	<p>(1) Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen.</p> <p>(2) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach oder für die Beitragseinstufung einer versicherten Person erforderlich ist.</p> <p>(3) Für den Abschluss einer weiteren Pflegekrankenver-</p>	<p>sicherung (d.h. Pflegetagegeld- oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerentenversicherung oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für Sie oder eine mitversicherte Person ist unsere vorherige Zustimmung erforderlich. Sie gefährden ansonsten den Versicherungsschutz aus diesem Tarif. Gleiches gilt für die Erhöhung einer anderweitig bereits bestehenden Pflegekranken-, renten- oder -zusatzversicherung.</p>
§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten	<p>(1) Wenn Sie oder eine mitversicherte Person die in § 9 Abs. 1 bis 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat. Geht uns die Anzeige über den Eintritt der Pflegebe-</p>	<p>dürftigkeit mehr als 42 Tage nach der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu, zahlen wir das vereinbarte Pflegetagegeld erst ab dem Tag des Zugangs des Nachweises über die Pflegebedürftigkeit.</p> <p>(2) Wird für Sie oder eine mitversicherte Person ohne unser Einverständnis eine anderweitige Pflegekranken-, -renten- oder -zusatzversicherung abgeschlossen oder mit einem Versicherer die Erhöhung einer bereits bestehenden Pflegekranken-, -renten- oder zusatzversicherung vereinbart, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Das Kündigungsrecht entfällt, wenn nachgewiesen wird, dass kein Verschulden vorliegt.</p>
§ 11 Aufrechnung	<p>Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.</p>	

Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrückerstattung	<p>(1) Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht.</p> <p>(2) Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung an den Versicherungsnehmer oder die mitversicherte Person, durch einmalige oder ratierte Gutschrift auf dem</p>	<p>Beitragskonto oder auf einem Vorsorgekonto, durch Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.</p> <p>(3) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).</p>
-----------------------------	--	--

Ende der Versicherung

§13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<p>(1) Sie können das Versicherungsverhältnis - auch für einzelne Personen - zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.</p> <p>(2) Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.</p> <p>(3) Wenn wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch</p>	<p>schriftliche Erklärung kündigen.</p> <p>(4) Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort.</p> <p>(5) Kündigen Sie für eine mitversicherte Person, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.</p>
§14 Kündigung durch den Versicherer	<p>Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.</p>	
§15 sonstige Beendigungsgründe	<p>(1) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.</p> <p>(2) Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufent-</p>	<p>haltes einer versicherten Person aus dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine andere Vereinbarung treffen. Hierzu verpflichten wir uns, wenn Sie bei einem Wegzug in einen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug einen entsprechenden Antrag stellen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.</p>

Sonstige Bestimmungen

§16 Erklärungen zum Versicherungsverhältnis	<p>Ihre Erklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.</p>	
§17 Verjährung Klagefrist Gerichtsstand	<p>(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.</p> <p>(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.</p> <p>(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.</p>	<p>(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.</p>
§18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	<p>(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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.</p>	<p>(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 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.</p>

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

§14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif PTG 3

Besondere Hinweise

Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen des Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

Bei anstehender Pflege helfen wir Ihnen gerne. Unser Kundenservice steht Ihnen unter der in Ihrer Police angegebenen Rufnummer zur Verfügung. Neben dem telefonischen Service bieten wir Ihnen bei einem

bevorstehenden Pflegefall auch eine persönliche Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause an. Das gibt Ihnen Sicherheit und Orientierungshilfe in Ihrer Situation und bei anstehenden Entscheidungen.