

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. 2 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 Erhöhungsmittelteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, mindestens aber noch einen Monat nach dem Wirksamwerden der Erhöhung. Der Widerspruch zur Erhöhung kann nur gesamthaft 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 gesamthaft 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
- Erstmöglicher 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 Hinzuversicherung 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), hinzuversichert oder angepasst werden.

Die vereinbarten Leistungshöhen, sofern die Tarife solche als wählbar vorsehen, 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 Pflgetarife 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.