

Antrag

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Pflegeergänzungsversicherungen

- **Tarif MediP 0**
- **Tarif MediP 1**
- **Tarif MediP 2**
- **Tarif MediP 3**
- **Tarif MediP EZ**
- **Tarif P3**

Stand: 01.2016

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Wunsch, ein gesundes und sicheres Leben zu führen, ist für die meisten von uns ein tiefes und verständliches Bedürfnis. Eine der Voraussetzungen dafür ist ein stabiler Rückhalt für unerwartete Ereignisse im Leben, z. B. durch eine gute Versicherung.

Auch in der Krankenversicherung wird individuelle Vorsorge immer wichtiger. Wir, die Gothaer Krankenversicherung, gehören als traditionelles Versicherungsunternehmen zu den größten privaten Krankenversicherungen in Deutschland.

Wir entwickeln intelligente Lösungen, die an die Erfordernisse des Gesundheitsmarktes angepasst sind. Als moderner Gesundheitsdienstleister reagieren wir auf das steigende Gesundheitsbewusstsein vieler Menschen mit innovativen Lösungen, die gesundheitsbewusstes Leben, aktive Vorsorge und Prävention fördern. Neben bedarfsgerechtem Versicherungsschutz bieten wir auch umfangreichen Service im Bereich der Gesundheitsberatung und bei der Unterstützung im Krankheitsfall. Für uns ist Versicherungsschutz mehr als reine Kostenerstattung!

Mit dieser Broschüre überreichen wir Ihnen alle wichtigen Informationen zu unseren individuellen Tariflösungen im Bereich der privaten Pflegeergänzungsversicherung.

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit die Unterlagen durchzulesen. Ist Ihnen etwas unklar oder haben Sie sonst noch Fragen? Wenden Sie sich einfach an Ihren persönlichen Betreuer.

Wir würden uns freuen, Sie zukünftig als Kunde begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Gothaer Krankenversicherung AG

Inhalt dieser Broschüre:

• Produktinformationsblatt	4
• Ausfüllhilfe für den Antrag	6
• Antrag	7
• Allgemeine Kundeninformationen	8
• Dienstleisterliste	9
• Versicherungsbedingungen	10

Produktinformationsblatt

Vorbemerkung

Mit dem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen kurzen Überblick über die Gothaer Ergänzungsversicherung.

Bitte beachten Sie: Diese Informationen sind nicht abschließend. Weitere wichtige Informationen entnehmen Sie den nachfolgenden Unterlagen

- Allgemeine Kundeninformationen
- Dienstleisterliste
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die Art der Versicherung sowie die versicherten Risiken

MediP 0

ist Ihr Pflegetagegeldtarif, der ein Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit bietet:

- 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (auch aufgrund Demenz). Sobald die Voraussetzungen der Pflegestufe I, II oder III erfüllt sind, endet die Leistungspflicht aus MediP 0.
- Soforthilfe im vereinbarten Umfang bis zu 28 Tage im Kalenderjahr, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stationär behandelt werden muss und sich daran eine ärztlich angeratene häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst anschließt, sofern keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen werden.
- Beendigung der Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Regelmäßige dynamische Anpassungen des Pflegetagegeldes sowie Options- bzw. Nachversicherungsrecht bei bestimmten Ereignissen (Tod, Heirat, Geburt) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, unter bestimmten Voraussetzungen.

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz und es bestehen keine Wartezeiten.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediP 0 entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediP 0 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV 2009
- Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009
- Teil III Tarif MediP

MediP 1

ist Ihr Pflegetagegeldtarif, der ein Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit bietet:

- 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei ambulanter häuslicher Pflege für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe I (auch aufgrund Suchterkrankung).
- Beendigung der Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Regelmäßige dynamische Anpassungen des Pflegetagegeldes – auch wenn bereits die versicherten Leistungen bezogen werden – sowie Options- bzw. Nachversicherungsrecht bei bestimmten Ereignissen (Tod, Heirat, Geburt) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, unter bestimmten Voraussetzungen.

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz und es bestehen keine Wartezeiten.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediP 1 entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediP 1 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV 2009
- Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009
- Teil III Tarif MediP

MediP 2

ist Ihr Pflegetagegeldtarif, der ein Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit bietet:

- 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei ambulanter häuslicher Pflege für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe II (auch aufgrund Suchterkrankung).
- Beendigung der Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Regelmäßige dynamische Anpassungen des Pflegetagegeldes – auch wenn bereits die versicherten Leistungen bezogen werden – sowie Options- bzw. Nachversicherungsrecht bei bestimmten Ereignissen (Tod, Heirat, Geburt) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, unter bestimmten Voraussetzungen.

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz und es bestehen keine Wartezeiten.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediP 2 entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediP 2 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV 2009
- Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009
- Teil III Tarif MediP

MediP 3

ist Ihr Pflegetagegeldtarif, der ein Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit bietet:

- 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei ambulanter häuslicher Pflege für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe III (auch aufgrund Suchterkrankung).
- 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes bei vollstationärer Pflege für die Pflegestufen I bis III. Voraussetzung dafür ist, dass die vollstationäre Pflege durch den medizinischen Dienst der Pflegepflichtversicherung empfohlen und von der versicherten Person in Anspruch genommen wird.
- Bei nachgewiesener vorübergehender vollstationärer Kurzzeitpflege leistet MediP 3 im vereinbarten Umfang, solange Anspruch auf die entsprechende Leistung aus der Pflegepflichtversicherung besteht. Gleichzeitige Pflegetagegeldansprüche aus Tarif MediP 1 und Tarif MediP 2 bestehen für diese Zeit nicht.
- Beendigung der Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Regelmäßige dynamische Anpassungen des Pflegetagegeldes – auch wenn bereits die versicherten Leistungen bezogen werden – sowie Optionsrecht bei bestimmten Ereignissen (Tod, Heirat, Geburt) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, unter bestimmten Voraussetzungen.

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz und es bestehen keine Wartezeiten.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediP 3 entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediP 3 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV 2009
- Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009
- Teil III Tarif MediP

MediP EZ

ist Ihr Pflegeergänzungstarif, der eine Einmalzahlung bei Pflegebedürftigkeit bietet:

- 100 % der vereinbarten Einmalzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (auch aufgrund Suchterkrankung).
- Beendigung der Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Mit Auszahlung der vereinbarten Einmalzahlung endet Tarif MediP EZ.

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz und es bestehen keine Wartezeiten.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediP EZ entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediP EZ setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV 2009
- Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009
- Teil III Tarif MediP

P3

ist Ihre Pflegekostenversicherung, die Versicherungsschutz für häusliche, teilstationäre und stationäre Pflege bietet:

- 100 %ige Erstattung der nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für häusliche, teilstationäre und stationäre Pflege bei mindestens sechsmonatiger Pflegebedürftigkeit.
- 50 %ige Erstattung der Aufwendungen, wenn die Pflegepflichtversicherung nicht vorleistet.

Die Jahreshöchstleistungen betragen in

- Pflegestufe I max. 12.768 Euro
- Pflegestufe II max. 15.960 Euro
- Pflegestufe III max. 19.344 Euro

Bei häuslicher oder teilstationärer Pflege werden Hilfsmittel unter Anrechnung auf die tariflichen Jahreshöchstleistungen bis max. 2.557 Euro pro Kalenderjahr übernommen. Zusätzlich werden zur Verbesserung des Wohnumfeldes und für technische Hilfen bis zu 5.113 Euro zur Verfügung gestellt.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs P3 entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs P3 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung AB/PV 2009
- Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009
- Teil III Tarif P3

• Risikoausschlüsse	Bitte beachten Sie den Abschnitt „Leistungsausschlüsse“. Eine Differenzierung zwischen Risiko- und Leistungsausschlüssen ist in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht möglich.
Beitrag, Fälligkeit und Zahlungszeitraum	Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Antrag/Vorschlag. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Beitrag kann sich im Rahmen einer Gesundheitsprüfung noch ändern, sofern Tarife mit Gesundheitsprüfung beantragt werden. Hierauf weisen wir gesondert hin. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Folgende Beitragsraten sind jeweils am 1. eines Monats fällig. Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Beitragszahlung endet mit dem Vertragsende. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beitragszahlung“ und „Beitragsberechnung“ Teil I der AVB.
Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen	Ihre Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrages gilt als rechtzeitig , wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt. Zahlungen von Folgebeiträgen, wenn sie jeweils zu den im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten geleistet werden. Sofern Sie uns ein SEPA-Lastschrift-Mandat erteilen, gilt Ihre Zahlung jeweils als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum angegebenen Fälligkeitstag von uns eingezogen werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ Teil I der AVB. Besonderheiten gelten für Versicherungsverträge zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung. Beachten Sie hierzu bitte ebenfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
Leistungsausschlüsse	Kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die beispielsweise vorsätzlich verursacht wurden. Weitere Leistungsausschlüsse entnehmen Sie dem Abschnitt „Einschränkungen der Leistungspflicht“ Teil I der AVB. Weitere Einschränkungen unserer Leistungspflicht können sich im Rahmen der Gesundheitsprüfung ergeben, sofern Tarife mit Gesundheitsprüfung beantragt werden. Hierauf weisen wir gesondert hin.
Pflichten (Obliegenheiten)	Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles sind bestimmte Pflichten zu erfüllen. Fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzungen können uns berechtigen vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag zu kündigen. Einige Beispiele nennen wir Ihnen in diesem Produktinformationsblatt. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Obliegenheiten“ und „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ Teil I der AVB.
• bei Vertragsabschluss	Sofern für den Abschluss des Versicherungsvertrages Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten sind, erfragen wir ausdrücklich schriftlich oder in Textform Ihren Gesundheitszustand . Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
• während der Vertragslaufzeit	Während der Vertragslaufzeit bestehen beispielsweise folgende Pflichten <ul style="list-style-type: none">• Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.
• bei Eintritt des Versicherungsfalles	Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind insbesondere Sie verpflichtet, uns alle zur Feststellung des Leistungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendige Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zu überlassen. Bitte lassen Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen, falls dies von uns als notwendig erachtet wird.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beginn des Versicherungsschutzes“ und „Ende des Versicherungsschutzes“ Teil I der AVB.
Hinweise zur Beendigung des Vertrages	Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Ende der Versicherung“ Teil I der AVB. Besonderheiten gelten für Versicherungsverträge zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung. Beachten Sie hierzu bitte ebenfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ausfüllhilfe für den Antrag

Auf dieser Seite finden Sie einige Erläuterungen zu den im Antrag abgefragten Angaben. Selbstverständlich steht Ihnen bei Fragen auch Ihr persönlicher Berater zur Verfügung.

Bitte füllen Sie den Antrag gut leserlich (in Druckbuchstaben) aus. Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können Sie der Information auf der Antragsrückseite entnehmen.

Bestehende Versicherungsnummer	Wenn Sie bereits Kunde der Gothaer Krankenversicherung sind, tragen Sie hier bitte die bereits bestehende Versicherungsnummer ein.
Abweichende Anschrift	Wohnt die zu versichernde Person nicht im Haushalt des Versicherungsnehmers, benötigen wir zusätzlich immer die Anschrift der zu versichernden Person.
Tarifname	Bitte tragen Sie die genaue Tarifbezeichnung und den jeweiligen Betrag ein. Bitte nutzen Sie pro Tarif jeweils eine Spalte. Bei einer Tagesgeldversicherung benötigen wir zusätzlich die Angabe der Höhe des Tagesgeldes.
Zahlweise	Hier muss immer die Zahlweise angegeben werden. Bei fehlender Angabe wird bei einem monatlichen Beitrag über 10 EUR automatisch mit monatlicher Zahlweise poliziert. So werden Rückfragen und Verzögerungen vermieden.
Angaben zum Gesundheitszustand	Alle Gesundheitsfragen müssen richtig und vollständig beantwortet werden. Folgende Erkrankungen müssen nicht angezeigt werden: Allergien ohne Asthma, Akne, Erkältungskrankheiten/Grippaler Infekt, Gallenstein, Gastritis, Harnwegsinfekt, Hexenschuss, Kopfschmerz/Migräne, akuter Magendarminfekt, akute Muskelverspannungen, Neurodermitis, Nierenstein, Schilddrüsenüber- oder unterfunktion sowie nicht angeborener Jodmangel, gutartige Prostatavergrößerung, Schuppenflechte/Psoriasis (Teilkörper), Sodbrennen (Refluxösophagitis), Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom) Bei dem geringsten Zweifel, ob etwas anzugeben ist oder nicht, gilt: Geben Sie vorsichtshalber immer alles an, auch wenn – es bereits ausgeheilt ist – es als unwesentlich empfunden wird – es nicht als Krankheit betrachtet wird/wurde – keine Behandlung stattgefunden hat – nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt wurden – nur Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen wurden Bitte geben Sie auch alle weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Kontrolluntersuchungen an. Nur so vermeiden Sie im Leistungsfall Rückfragen.
Ergänzende Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen	Beantworten Sie die Gesundheitsfragen mit „ja“, müssen hier immer detaillierte Angaben gemacht werden. Bitte geben Sie – die exakten Diagnosen (genaue Krankheitsbezeichnung), – genaue Behandlungsdaten wie auch Untersuchungsergebnisse, – den Arztnamen und die Dosis sowie – Namen und Anschrift der Ärzte oder Angehörigen anderer Heilberufe an Bitte vermeiden Sie Sammelbegriffe wie „Herzkrankung“ oder „Unterleibsschmerzen“. Richtig wäre zum Beispiel „Herzrhythmusstörungen“ oder „Myom an der Gebärmutter“. Sind Sie unsicher, gibt Ihnen Ihr behandelnder Arzt sicherlich gerne Auskunft hierüber. Reicht der Platz für die Angaben auf diesem Formular nicht aus, können Sie die weiteren Angaben auf einem gesonderten Formular (211377) machen. Fragen Sie hierzu bitte Ihren persönlichen Berater.
Bestehende und frühere Versicherungen	Für die Antragsprüfung ist dieser Abschnitt wichtig. Daher müssen diese Angaben immer und vor allem vollständig gemacht werden. So vermeiden Sie Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung aufgrund von Rückfragen.
Unterschriften	Wichtig ist das Eintragen des Antragsdatums wie auch die Unterschrift aller Personen. Bitte lesen Sie, bevor Sie den Antrag unterschreiben, alle wichtigen Informationen in dieser Broschüre.
Zu beachten bei Faxanträgen	Bitte fügen Sie bei Faxanträgen immer die Seite „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“, „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „SEPA-Lastschrift-Mandat“ hinzu.

Änderungsantrag

Für AO/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

Bestehende Versicherungsnummer

1 _____
 VD-AGT-Nr.

0 _____
 GKR-AGT-Nr.

AN215922

Stand: 01.2016

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer (VN)**

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

**1. zu
versichernde
Person**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

 VN ist VP1

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

**Mit zu
versichernde
2. Person (VP)
wenn VN = VP
hier bitte keine
Angaben
machen**

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

 Abweichende Anschrift
**(immer angeben Beiblatt
211377 ist beizufügen)**
**Beginn und
Dauer der
Versicherung**
0 1 2 0 _____
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag für die privaten Pflegeergänzungsversicherungen wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

**Versicherungs-
umfang und
Beitragsberechnung
in Euro**
VP 1

MediP 0 Pflegetagegeld in EUR	MediP 1 Pflegetagegeld in EUR	MediP 2 Pflegetagegeld in EUR	MediP 3 Pflegetagegeld in EUR	MediP EZ Einmalzahlung in EUR
_____	_____	_____	_____	_____

Tarif MediP 0 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 1 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 2 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 3 monatlicher Beitrag	Tarif MediP EZ monatlicher Beitrag	Tarif P3 monatlicher Beitrag
_____	_____	_____	_____	_____	_____

 Das Pflegetagegeld darf in Tarif MediP 0 max. 50 EUR, in den Tarifen MediP 1, MediP 2 und MediP 3 max je 130 EUR betragen.
 Im Tarif MediP EZ sind max 15.000 EUR absicherbar.

Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag (VP 1)

**Versicherungs-
umfang und
Beitragsberechnung
in Euro**
VP 2

MediP 0 Pflegetagegeld in EUR	MediP 1 Pflegetagegeld in EUR	MediP 2 Pflegetagegeld in EUR	MediP 3 Pflegetagegeld in EUR	MediP EZ Einmalzahlung in EUR
_____	_____	_____	_____	_____

Tarif MediP 0 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 1 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 2 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 3 monatlicher Beitrag	Tarif MediP EZ monatlicher Beitrag	Tarif P3 monatlicher Beitrag
_____	_____	_____	_____	_____	_____

 Das Pflegetagegeld darf in Tarif MediP 0 max. 50 EUR, in den Tarifen MediP 1, MediP 2 und MediP 3 max je 130 EUR betragen.
 Im Tarif MediP EZ sind max 15.000 EUR absicherbar.

Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag (VP 2)

Versicherbarkeit

Keine Versicherungsfähigkeit besteht,

- falls Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (SPV, PPV) beantragt oder festgestellt wurde
- falls Leistung aus einer Pflegeversicherung beantragt oder bezogen wurde
- falls folgende Erkrankungen bestehen oder bei Antragstellung in Abklärung sind bzw. in den letzten 5 Jahren bestanden haben:
 ALS (amyotrophe Lateralsklerose), Alkoholabhängigkeit, Alzheimer, Aortenaneurysma, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Arteriosklerose, Bluter (Hämophilie), Bösartige Neubildungen/Krebskrankungen, Chorea Huntington, M. Crohn, Demenz, Diabetes mellitus, Epilepsie, chron. Hepatitis, Herzinsuffizienz/-infarkt, HIV-Infektion (auch bei ausstehendem Testergebnis), Hirntumor/-blutung/-leistungsstörungen, Leberzellschäden, Lungenembolie/-infarkt, Multiple Sklerose, Myasthenie (krankhafte Muskelschwäche), Niereninsuffizienz, Organtransplantation, Parkinson, Polyarthrit/Polyarthrose, Querschnittslähmung, Rheuma, Schizophrenie, Schlaganfall

**Angaben zum
Gesundheits-
zustand**
Durchgeführte prädiktive Gentests (s. Erläuterung S. 5/6) und deren Ergebnisse müssen nicht angegeben werden. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§19 Abs. 5 VVG) auf S. 5/6.

Folgende Erkrankungen müssen nicht angezeigt werden:

Allergien ohne Asthma, Akne, Erkältungskrankheiten/Grippaler Infekt, Gallenstein, Gastritis, Harnwegsinfekt, Hexenschuss, Kopfschmerz/Migräne, akuter Magendarminfekt, akute Muskelverspannungen, Neurodermitis, Nierenstein, Schilddrüsenüber- oder unterfunktion sowie nicht angeborener Jodmangel, gutartige Prostatavergrößerung, Schuppenflechte/Psoriasis (Teilkörper), Sodbrennen (Refluxösophagitis), Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom)

Körpergröße (in cm) und **-gewicht** (in kg) **1** _____ cm _____ kg **2** _____ cm _____ kg

Person 1		Person 2	
nein	ja	nein	ja
▼	▼	▼	▼

Gesundheitsfragen

- Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen, Invalidität oder Berufsunfähigkeit oder wurde ihre Feststellung bzw. eine Leistungserbringung beantragt?
- Bestehen Erkrankungen, Unfallfolgen, Anomalien oder Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher/geistiger Art, aufgrund derer Behandlungen/Kontrolluntersuchungen durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe durchgeführt werden oder zukünftig erforderlich/angeraten sind?
- Ab Alter **60** zu beantworten:
 Fanden in den letzten **3 Jahren** ambulante (Kontroll-)Untersuchungen, Behandlungen, Beratungen, Operationen oder in den letzten **5 Jahren** psychotherapeutische Maßnahmen/Gesprächstherapien oder Aufenthalte in stationären Einrichtungen statt?

 Ab Alter **65** muss stets ein aktueller Untersuchungsbericht des Hausarztes beigefügt werden.

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	VP/Frage	Genauere Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume von – bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei		Beschwerdefrei		Operationen		Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
				nein	ja, seit (TT.MM.JJ)	nein	ja, seit (TT.MM.JJ)	nein	ja	
/				<input type="checkbox"/>						
/				<input type="checkbox"/>						
/				<input type="checkbox"/>						
/				<input type="checkbox"/>						
/				<input type="checkbox"/>						

Gesondertes Beiblatt Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 211377 auszufüllen und beizufügen. **Gesondertes Beiblatt?** nein ja

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen der letzten 5 Jahre Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.
Bitte beachten: Ein in den letzten 5 Jahren abgelehnter oder gekündigter Versicherungsschutz ist ebenfalls anzugeben.
 Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / VU = Versicherungsunternehmen / VN = Versicherungsnehmer

Wie und wo sind Sie versichert?

	<input type="checkbox"/> GKV Pflicht	<input type="checkbox"/> GKV Freiwillig	<input type="checkbox"/> PKV	_____ Versicherungsunternehmen	Wurde ein Antrag abgelehnt? nein <input type="checkbox"/> ja (MM.JJ) <input type="checkbox"/>	Wurde ein Vertrag vom VU gekündigt? nein <input type="checkbox"/> ja (MM.JJ) <input type="checkbox"/>
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehende Pflegepflichtversicherungen Besteht eine deutsche Pflegepflichtversicherung?

VP 1 nein ja

VP 2 nein ja

Zahlweise Wenn die gewünschte Zahlweise **nicht** angekreuzt ist, werden Verträge mit einem monatlichen Beitrag über 10 Euro **automatisch mit monatlicher Zahlweise poliziert.**

jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich wie bisher

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren nein ja

Kommunikationsdaten Ich bin (jederzeit widerruflich) damit einverstanden, dass mir durch die Vermittler und deren Mitarbeiter sowie die Unternehmen der Gothaer Versicherungsgruppe schriftlich (auch per Telefax oder E-Mail) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote des Gothaer Konzerns gegeben werden.

(freiwillige Angaben) Telefonnummer _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse _____

Der Widerruf ist jederzeit formfrei unter Telefon: 0221 308 00 / E-Mail: info@gothaer.de möglich

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).
 Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekanntnis **Darüber hinaus bestätige ich** mit meiner Unterschrift, dass ich, rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife in der Broschüre 215922, Stand 01.2016, erhalten habe.

Einwilligung in die Datenverarbeitung **Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur**

- I. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
- II. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG – wie die
 1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)
 3. Datenweitergabe an Rückversicherer
 4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- III. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

Schluss-erklärungen Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit.** **Beachten Sie** hierzu auch die **auf den folgenden Seiten** beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ sowie die „**Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht**“. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages.** Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ sowie die „**Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht**“ zum Inhalt dieses Antrags.

Unterschriften Ort, Datum (immer angeben) **Antragsteller/Versicherungsnehmer** **Zu versichernde Personen ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Vermittlerdaten Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel **Vermittler**

SEPA-Lastschrift-Mandat



Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

Hinweise Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.
Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.
 Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.
 Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger Gothaer Krankenversicherung AG Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522
 Arnoldiplatz 1
 50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck _____
 Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen Name, Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Land _____ PLZ _____ Ort _____

IBAN (Internationale Bankkontonummer) _____

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) _____ Name des Geldinstituts _____

Ort, Datum und Unterschriften

Ort _____	Datum _____	Unterschrift des Zahlungspflichtigen _____	Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen _____
-----------	-------------	--	---

Zur Information **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

Bei abweichendem Beitragszahler _____ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.
 Name des Versicherungsnehmers _____

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Die Gothaer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Gothaer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

– durch die Gothaer selbst (unter 1.),

– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),

– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Gothaer (unter 3.) und

– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

Ich willige ein, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Gothaer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Gothaer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Gothaer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Gothaer Ihren Versicherungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Gothaer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Gothaer gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.

Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Vertragliche Anzeigepflichten

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Hiervon umfasst sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen. Fragen wir nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen im Sinn des Satzes 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen den Antrag ausfüllt.

Mögliche Folgen

Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder (auch rückwirkend) eine Vertragsänderung durchführen.

Rücktritt

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben.

Kündigung

In diesem Fall (einfache Fahrlässigkeit) haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Vertragsänderung

Sind unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht ausgeschlossen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig (auch einfache Fahrlässigkeit) verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Im Falle der rückwirkenden Vertragsänderung ab Vertragsbeginn kann dies den Ausschluss der von Ihnen fahrlässig nicht oder unvollständig angezeigten Gefahrumstände bedeuten. Ein solcher Ausschluss kann dazu führen, dass bereits entstandene Aufwendungen für Heilbehandlungen, die ursächlich mit den Gefahrumständen zusammenhängen, nicht vom Versicherungsschutz umfasst und folglich von Ihnen selbst zu tragen sind. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte

Wir können unsere **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats** schriftlich geltend machen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis zum Gendiagnostikgesetz

Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, **die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben**, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Antragsbindefrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.

Änderung von Anschrift u. Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz. Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten.

Sie können beispielsweise Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Gesellschaft Sitz Aufsichtsrat Vorstand

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Michael Kurtenbach (Vorsitzender),
Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann,
Harald Ingo Epple, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller

Postanschrift 50598 Köln

Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht Amtsgericht Köln, HRB 35505
USt-IdNr. DE122786611

Allgemeine Kundeninformationen

Information zum Versicherer

- **Gesellschaftsangaben**
(Identität des Versicherers)

Gothaer Krankenversicherung AG

Rechtsform
Registergericht und Registernummer
USt-ID Nr.

Aufsichtsratsvorsitzender
Vorstandsvorsitzender
Vorstand

Aktiengesellschaft
Amtsgericht Köln, HRB 35505
DE122786611

Prof. Dr. Werner Görg
Michael Kurtenbach
Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann,
Harald Ingo Eppe, Dr. Hartmut Nickel-Waninger,
Oliver Schoeller

- **Ladungsfähige Anschrift**

Postanschrift
Hausanschrift

50598 Köln
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln

Hauptgeschäftstätigkeit

Direkter und indirekter Betrieb der privaten Krankenversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.

Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten für die Private Kranken- und Pflegepflichtversicherung:

- **Versicherungsombudsmann**

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

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen nicht berührt.

Garantie-/Sicherungsfonds (Entschädigungsregelungen)

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Informationen zur Versicherungsleistung und zum Gesamtbeitrag

Die **wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung** wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen **sowie den Gesamtbeitrag** (Gesamtbeitrag und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt bzw. Antrag/Vorschlag genannt.

Informationen zum Vertrag

- **Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben**

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben.

Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag.

- **Bindefrist**

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages sechs Wochen gebunden.

- **Zustandekommen des Vertrages**

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.

Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

- **Laufzeit des Vertrages**

Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. Antrag/Vorschlag.

- **Beendigung des Vertrages**

Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.

- **Vertragssprache**

Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt. Im Einzelfall können andere Vereinbarungen getroffen werden.

- **Anwendbares Recht**

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

- **Gerichtsstand**

Ansprüche gegen den Versicherer können Sie bei dem Gericht am Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder vor dem Landgericht Köln (Sitz des Versicherers) geltend machen.

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Asstel Sachversicherung AG
 Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH
 Gothaer Allgemeine Versicherung AG *
 Gothaer Finanzholding AG * (**)
 Gothaer Krankenversicherung AG * (**)
 Gothaer Lebensversicherung AG *
 Gothaer Versicherungsbank VVaG *
 Janitos Versicherung AG

Gothaer Pensionskasse AG *
 Gothaer Asset Management AG
 Gothaer Risk-Management GmbH
 Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
 GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
 GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
 Gothaer Systems GmbH

Gesellschaften, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung an Dienstleister oder im Auftrag erbringen

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Alpha Com Deutschland GmbH	Postbearbeitung (Scannen)	ja
	Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH	Kundenbetreuung	teilweise ja
	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum, IT-Dienstleistungen	ja
	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH [nicht für (**)]	Bestandsverwaltung	ja
	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
	Gothaer Finanzholding AG	Zahlungsverkehr (Inkasso), Recht, Beschwerdemanagement, Geldwäschebeauftragter, Datenschutz, IT-Sicherheit, Revision, Steuern	teilweise ja
	Versicherungsgesellschaften (siehe*)	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen	ja
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	teilweise ja
	Gothaer Vertriebs-Service AG	Vertriebsunterstützung und Services	teilweise ja
	Actineo GmbH	Medizinische Regulierungsunterstützung	ja
Gothaer Lebensversicherung AG	ASS Assekuranz, Service- und Sachverständigen-gesellschaft mbH	Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung in der Berufsunfähigkeitsversicherung	ja
	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	General Reinsurance AG	Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung	teilweise ja
Gothaer Krankenversicherung AG	Re Medical Group GmbH	Risikovorfragen, Risikoprüfungen, unterstützende Tätigkeiten im Bereich der Bestandsbetreuung	ja
	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Dienstleistungen / Begutachtungsinstitut	ja
Gothaer Pensionskasse AG	ViaMed GmbH	Medizinische Dienstleistungen / Begutachtungsinstitut	ja
	Gothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung / Leistungsbearbeitung	ja
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
Gothaer Versicherungsbank VVaG	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	nein
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Bestandsverwaltung / Schadenbearbeitung	ja
	Gothaer Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja

b) Kategorien von Gesellschaften

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Callcenter	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
	Gutachter/Sachverständige	Antrags-/Leistungs-/Schadenbearbeitung	teilweise ja
	Rechtsanwälte	juristische Beratung	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershop's /Druckereien	Postsendungen/Newsletter	nein
	Archivierung	Archivierung von Akten	teilweise ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	teilweise ja
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen	teilweise ja
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen	teilweise ja
	Makler	Bestandsverwaltung und Schadenbearbeitung im selbst vermittelten Bestand	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
	Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
Gothaer Lebensversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2014)

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/PV 2009)

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 Pfl egetagegeld 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. Pflegebedürftig 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, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
3. Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
4. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
5. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - 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 Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
6. Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) 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.
 - b) 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.
 - c) 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.
7. Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
8. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
9. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Allgemeinen Bedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

9.1 Personen mit erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

10. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
11. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung 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 bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

12. 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 den 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 (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. 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.

§ 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.

1.1 Werden Personen nachversichert oder nachträglich Tarife mit höheren Leistungen abgeschlossen, so gelten für diesen Teil des Vertrages die gleichen Bestimmungen wie für einen Neuabschluss. Eine Ausnahme bildet die im Pfl egetagegeldtarif vorgesehene Anpassungsmöglichkeit.

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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

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.

§ 3 Wartezeit

1. Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
2. Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

2.1 Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

2.2 Die Bestimmungen über die Wartezeit gelten auch für Mehrleistungen infolge einer vom Versicherungsnehmer beantragten Vertragsänderung.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

1.1 Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt frühestens nach ärztlich festgestellter Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit sowie nach Vorliegen der in den §§ 1 u. 6 genannten Voraussetzungen. Die Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls eine Änderung der Pflegestufe muss dabei nach ärztlicher Bescheinigung auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate bestehen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

1.2 Bei Änderungen des Leistungsumfanges der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflege-Versicherungsgesetz) kann der Versicherer eine Anpassung der in den Tarifen genannten Leistungen vornehmen. Gleiches gilt für die Definition der Pflegestufen und der Pflegebedürftigkeit (im Teil I der AVB), die an den jeweiligen Wortlaut des Pflege-Versicherungsgesetzes angepasst wird. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gilt gemäß § 13 Abs. 3.

1.3 Für die Feststellung, welchem Kalenderjahr eine Leistung zuzuordnen ist, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt maßgebend.

2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie Änderungen der Pflegestufe sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

2.1 Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.

3. 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. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
 - d) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung aus seiner Krankenversicherung hat;
 - e) 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;
 - f) 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;
 - g) 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. Stehen die Aufwendungen für die Pflege oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, soweit der Tarif Ersatz von Pflegekosten vorsieht, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 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.

1.1 Pflegetagegelder werden nachträglich in monatlichen Abständen gezahlt.

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.

2.1 Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein. Insbesondere müssen sie enthalten: Name der gepflegten Person, die Diagnose bzw. den Grund der Pflegebedürftigkeit, Behandlungsdaten sowie die Bezeichnung der erbrachten Leistungen.

2.2 Von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachte Leistungen müssen von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.

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

4. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform 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 für Überweisungen und für Übersetzungen abgezogen werden, für Überweisungen, wenn der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

6.1 Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 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.

1.1 Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Ansonsten gilt als Versicherungsjahr das Kalenderjahr.

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.

2.1 Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
2 % bei halbjährlicher Zahlung,
4 % bei Jahreszahlung.

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 (s. Anhang) 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 den Tarifbedingungen ergibt.

5.1 Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,77 EUR.

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 (s. 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.

7.1 Beitragsrückerstattung

Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,
- Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- Auszahlung oder Gutschrift.

Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

Der Vorstand bestimmt den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung. Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

7.2 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge nach Maßgabe des § 12 a VAG (siehe Anhang) jährlich zugeschrieben.

§ 8a **Beitragsberechnung**

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
 - 1.1 Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter (= bei Versicherungsbeginn vollendete Lebensjahre) der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
 - 1.2 Die Beiträge für Kinder und Jugendliche gelten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem Monat der Vollendung des 21. Lebensjahres ist der Erwachsenen-Beitrag des jeweiligen Geschlechts zu zahlen. Für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist mit dem Monat der Vollendung des 21. Lebensjahres der Erwachsenen-Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens zwei Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.
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. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag 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.

§ 8b **Beitragsanpassung**

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich 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 dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, so 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.
 - 1.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10 %. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5 % festgestellt wird.

Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert sind (verpflichtend für Versicherungsverträge, die nach dem 20. Dezember 2012 abgeschlossen werden) beträgt der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche Satz 5 %.

Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5 %.

Unter den gleichen Voraussetzungen können im Rahmen des Vergleichs der Versicherungsleistungen und der Sterbewahrscheinlichkeiten auch betragsmäßig festgesetzte Höchstsätze angepasst werden.
2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.
3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
4. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 **Obliegenheiten**

1. Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der in den Tarifbedingungen festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen 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.
 - 1.1 Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, ist dem Versicherer in Abständen von drei Monaten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit nachzuweisen. Diese Bescheinigung soll auf einem Vordruck des Versicherers ausgestellt werden. Der Versicherer kann die Vorlage des Vordruckes auch in kürzeren Abständen, jedoch nicht in Abständen von weniger als einem Monat verlangen.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalls 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 (s. 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 Versicherungsfalls 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.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 bis 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld 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 (s. 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.

§ 11

Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art 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 (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, 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.

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.
 - 1.1 Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Ansonsten gilt als Versicherungsjahr das Kalenderjahr.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
 - 2.1 Kündigt der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 2 das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird.
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 Versicherte die Beiträge gemäß § 8b 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 Versicherte 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.

**§ 14
Kündigung durch den
Versicherer**

1. Der Versicherte verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
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 Versicherte 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 endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers bzw. eines Mitgliedstaats der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Europäischen Wirtschaftsraums, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 3.1 Liegt ein Scheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.
4. In der Pflegegeldversicherung 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 Versicherte kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

**§ 16
Willenserklärungen und
Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherte bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

**§ 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 Versicherte 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.

1.1 Beitragsänderung

- a) Eine Erhöhung der Beiträge nach § 18 Abs. 1 ist auch zulässig, wenn aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen eine nachhaltige Verschlechterung des Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden beim Versicherte eingetreten ist oder bevorsteht.
- b) Bei einer durch Veränderung der Pflegekosten bedingten Beitragserhöhung kann der Versicherte auch Erstattungshöchstbeträge, absolute Selbstbehalte und Pflegegelder, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, erhöhen.

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.

Anhang:

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14

Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

.
.
.

§ 19

Anzeigepflicht

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

.
.
.

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

.
.
.

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

**§ 86
Übergang von Ersatzansprüchen**

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

**§ 12a
Alterungsrückstellung;
Direktgutschrift**

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.
- (2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien-senkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämien-senkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.
- (3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgs-unabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, daß die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

**§ 37
Häusliche Krankenpflege**

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 2 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
 - .
 - .
 - .
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung MediP

(Stand: 01.09.2014)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2009))

Aufnahmefähigkeit/Versicherungsfähigkeit

Erläuterung

Aufnahmefähig sind Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses in der deutschen Pflegepflichtversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Die Tarife MediP 0 bis MediP 3 und MediP EZ können bestehen bleiben, wenn die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages in der deutschen Pflegepflichtversicherung nicht mehr versicherungspflichtig ist. Die Tarife MediP 1 und MediP 2 sind unselbständige Tarife. Tarif MediP 1 kann nur zu dem beim Versicherer bestehenden Tarif MediP 2 und Tarif MediP 3 abgeschlossen werden. Tarif MediP 2 kann nur zu dem beim Versicherer bestehenden Tarif MediP 3 abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz nach Tarif MediP 1 oder Tarif MediP 2 endet auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung des Tarifs MediP 3. Außerdem endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediP 1 auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung des Tarifs MediP 2.

Die Tarife MediP 0, MediP 3 und MediP EZ können selbständig abgeschlossen werden.

A. Tarifleistungen

1. **Leistungen des Versicherers/Beginn der Leistungspflicht**

Abweichend von § 6 Abs. 1 AB/PV 2009 gilt:
Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, in dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen (vgl. Abschnitt B. 1).
2. **Versicherungsschutz/Abschließbare Tarife**
 - 2.1 **Pflegetagegeld bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**

2.1 Tarif MediP 0 leistet
– **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI). Sobald die Voraussetzungen der Pflegestufen I, II oder III erfüllt sind, endet die Leistungspflicht aus Tarif MediP 0.
 - 2.2 **Pflegetagegeld bei ambulanter häuslicher Pflege**

2.2 Tarif MediP 1 leistet
– **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe I.

2.3 Tarif MediP 2 leistet
– **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe II.

2.4 Tarif MediP 3 leistet
– **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **ambulanter Pflege** zu Hause für die Dauer der Zuordnung in Pflegestufe III und
 - **100 %** des vereinbarten Pflegetagegeldes bei **vollstationärer Pflege** für die Pflegestufen I, II und III. Voraussetzung dafür ist, dass die vollstationäre Pflege durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung empfohlen und von der versicherten Person in Anspruch genommen wird.
- 2.5 **Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit**

2.5 Tarif MediP EZ leistet
– **100 %** der vereinbarten Einmalzahlung bei **erstmaliger Feststellung** einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III.

Mit Auszahlung der vereinbarten Einmalzahlung endet Tarif MediP EZ. Eine gesonderte Erklärung des Versicherungsnehmers ist nicht erforderlich.

- 3. Versicherungshöhe**
- 3.1 Das Pflegetagegeld kann in einer Höhe von 1 EUR oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Es gelten die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen.
- 3.2 Die Höhe des Pflegetagegeldes des Tarifs MediP 1 darf nicht höher sein als die Absicherung des Tarifs MediP 2. Der Tarif MediP 2 darf kein höheres Pflegetagegeld umfassen als der Tarif MediP 3.
- 3.3 Die Einmalzahlung kann in einer Höhe von 500 EUR oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Es gilt die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Höchstgrenze.
- 4. Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege**
- Bei nachgewiesener vorübergehender vollstationärer Kurzzeitpflege im Sinne des § 42 Abs. 1 SGB XI leistet Tarif MediP 3 im vereinbarten Umfang. Die Leistung für vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege wird aus dem Tarif MediP 3 maximal solange erbracht, wie Anspruch auf die entsprechende Leistung aus der deutschen Pflegepflichtversicherung besteht. Solange Tarif MediP 3 für vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege leistet, bestehen keine Pflegetagegeldansprüche aus Tarif MediP 1 und Tarif MediP 2.
- 5. Soforthilfe bei zeitlich begrenzter Pflege nach Unfall**
- Der Versicherer leistet ein Pflegetagegeld als **Soforthilfe** aus Tarif MediP 0 im vereinbarten Umfang bis zu 28 Tage im Kalenderjahr. Diese Leistung wird unabhängig von der Zuordnung einer Pflegestufe dann erbracht, wenn die versicherte Person
- in Folge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 5),
 - stationär behandelt werden muss und daran anschließend
 - der in Deutschland niedergelassene behandelnde Arzt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst anräth.
- Eine Leistung wird nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der beantragten Soforthilfe bereits Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen werden.
- 6. Suchterkrankung, Krankenhausbehandlung, Kur und Rehabilitationsmaßnahmen**
- Abweichend von § 5 Abs. 1 b AB/PV 2009 wird im Umfang des vereinbarten Tarifs MediP geleistet, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf eine Suchterkrankung zurückzuführen ist.
- Abweichend von § 5 Abs. 1 e AB/PV 2009 wird das vereinbarte Pflegetagegeld während
- einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
 - einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
 - einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und
 - während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung ohne Unterbrechung zur Verfügung gestellt.
- 7. Beitragsbefreiung im Leistungsfall**
- Bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I endet die Beitragszahlung für die von der versicherten Person abgeschlossenen Tarife MediP mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung festgestellt wird. Die Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I, II oder III mehr vorliegt.
- 8. Anpassung**
- a) Dynamische Anpassung des Pflegetagegeldes/ Widerspruch**
- Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (entspricht 36 Monaten), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung
- das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 - keine Leistungen bei der deutschen Pflegepflichtversicherung beantragt hat,
 - keine Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt ist bzw. keine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde.
- Die Anpassung des versicherten Pflegetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflegetagegeld wird je Anpassung um 10 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt (jedoch) mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon. Vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
- Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung des Pflegetagegeldes einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der die neue monatliche Beitragsrate und die Tagegeldstufe ausweist.
- Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrages in Textform zu widersprechen. Macht der Versicherungsnehmer für die versicherte Person von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, so erlischt der Anspruch auf künftige dynamische Anpassungen für diese versicherte Person.
- Hat der Versicherungsnehmer in den letzten 12 Monaten vor einer Anpassung nach Abschnitt A. 8 das Pflegetagegeld mindestens einmal in den Tarifen MediP 0 oder MediP 1 oder MediP 2 oder MediP 3 erhöht, unterbleibt eine Teilnahme an der darauffolgenden dynamischen Anpassung (Abschnitt A. 8a).
- b) Leistungsdynamik bei Pflegebedürftigkeit**
- Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils fünf Kalenderjahren (entspricht 60 Monaten), sofern am Stichtag der Leistungsanpassung
- die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 - eine Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegestufe I, II oder III vorliegt und
 - Leistungen aus den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 bezogen werden.

Erstmals findet die Erhöhung fünf Kalenderjahre (60 Monate) nach Beginn der Leistungspflicht in den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 statt. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person ununterbrochen pflegebedürftig war.

Die Anpassung des versicherten Pflegetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflegetagegeld wird je Anpassung um 5 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon. Die Tagegeldhöhe des Tarifs MediP 0 wird nicht angepasst.

9. Anpassung bei Gesetzesänderung

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes nicht übersteigt. Entsprechendes gilt für die Veränderung der Definition der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

10. Optionsrecht/Nachversicherung bei Eintritt eines Ereignisses (z.B. Tod, Heirat, Geburt)

Recht auf Erhöhung des Pflegetagegeldes (Optionsrecht)

Eine Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes im Rahmen der in Abschnitt A. 3 festgelegten Höchstgrenzen ist ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich, wenn

- die versicherte Person nach Abschluss des Tarifs MediP das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- die versicherte Person Tarif MediP zum Zeitpunkt der Antragstellung 5 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2009) versichert hat,
- die versicherte Person Tarif MediP zum Zeitpunkt der Antragstellung 10 Jahre (vgl. zur Definition des Versicherungsjahres § 8 Abs. 1.1 TB/PV 2009) versichert hat.

Das Recht zur Erhöhung besteht für die versicherte Person auch

- bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
- bei Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes,
- bei Tod des Ehepartners oder Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Scheidung oder dauerhafter Trennung vom Ehepartner.

Die Erhöhung ist jeweils begrenzt auf maximal 20% des in den Tarifen MediP 0, MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 zum Zeitpunkt der Antragstellung vereinbarten Pflegetagegeldes.

Der Antrag auf Erhöhung des Pflegetagegeldes muss spätestens sechs Monate nach Eintritt des Ereignisses beim Versicherer eingegangen sein. Die Erhöhung wird zum 01. des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

Recht auf Nachversicherung

Zu folgenden Zeitpunkten kann eine Nachversicherung einer bestehenden oder eine erstmalige Absicherung in den Tarifen MediP 0, MediP 1 und MediP 2 bis zur Höhe des zum Zeitpunkt der Antragstellung abgeschlossenen Pflegetagegeldes des Tarifs MediP 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erfolgen:

1. Zum vollendeten 50. Lebensjahr.
2. Zum Zeitpunkt des erstmaligen Bezugs einer Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (= Rentenbeginn), spätestens aber zum vollendeten 67. Lebensjahr.

Hinsichtlich der Absicherung im Tarif MediP 0 sind die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstsätze zu berücksichtigen.

Der Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind Altersrenten aus berufsständischen Versorgungswerken und Altersruhegehälter (Beamtenpensionen) gleichgestellt. Das Optionsrecht zum Rentenbeginn kann nur einmalig ausgeübt werden, unabhängig davon, ob Ansprüche gegen mehrere Versorgungseinrichtungen bestehen.

Der Antrag auf Nachversicherung des Pflegetagegeldes muss spätestens sechs Monate nach Eintritt des Ereignisses beim Versicherer eingegangen sein. Die Erhöhung wird zum 01. des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

Wegfall des Options- und Nachversicherungsrechts

Eine Erhöhung bzw. Nachversicherung ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung

- ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit bei der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegt,
- Pflegeleistungen aus der deutschen Pflegepflichtversicherung bereits erbracht werden oder in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden,
- die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat und die sechsmonatige Frist zur Antragstellung abgelaufen ist.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- 1. Pflegebedürftigkeit**

Soweit die Leistungspflicht des Versicherers nach Tarif MediP Pflegebedürftigkeit voraussetzt, sind die Feststellungen des Medizinischen Dienstes der deutschen Pflegepflichtversicherung

 - zu einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (s. Anhang),
 - oder für eine Einstufung in die Pflegestufen I bis III gemäß §§ 14, 15 SGB XI (s. Anhang)

maßgeblich. Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsantrags nicht in der deutschen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig ist (vgl. Abschnitt B. 4.), wird der Versicherer einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB XI) feststellt. Die durch diese Begutachtung entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherungsnehmer.
- 2. Nachweispflicht**

Abweichend von § 4 Abs. 2.1, § 9 Abs. 1.1 TB/PV 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der regelmäßigen dreimonatigen Nachweispflicht über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen. Der Nachweis über Änderungen der Pflegestufe bleibt hiervon unberührt.

Sollte eine vollstationäre Pflege nicht mehr in Anspruch genommen oder nicht mehr vom Medizinischen Dienst empfohlen werden, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen (vgl. Abschnitt A. 2).

Das gleiche gilt, wenn eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst nicht mehr angeraten ist (vgl. Abschnitt A. 5).
- 3. Wartezeiten**

Abweichend von § 3 AB/PV 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeit.
- 4. Weltgeltung**

Abweichend von § 1 Abs. 11 und § 15 Abs. 4 AB/PV 2009 besteht Versicherungsschutz nach Tarif MediP weltweit. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gelten die §§ 9 und 10 AB/PV 2009 sowie Abschnitt B. 1 und B. 2.
- 5. Unfallbegriff**

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

 - ein Gelenk verrenkt wird
 - oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,

oder wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

 - ein Gelenk verrenkt wird,
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
 - Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
 - Knochenbrüche entstehen.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Versicherungsschutz.

C. Beiträge Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang II: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch (XI), Soziale Pflegeversicherung

§ 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.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.
- (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.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 42
Kurzzeitpflege

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
 1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
 - (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
- ...

§ 45a
Berechtigter Personenkreis

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind
 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.
- (2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
 1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauffendenz);
 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflege-Ergänzungsversicherung

(Stand: 01.01.2016)

Teil III – Tarif P3 Pflegekosten-Ergänzungsversicherung

Der Tarif ist nur gültig im Zusammenhang mit Teil I (Allgemeine Bedingungen AB/PV 2009) und Teil II (Tarifbedingungen TB/PV 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Ersatz von Aufwendungen für die Pflege

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind

a) bei häuslicher Pflege

Aufwendungen für die notwendige Pflege bei Inanspruchnahme von

- Pflegekräften öffentlicher oder freigemeinnütziger Pflege- oder Sozialstationen oder von staatlich anerkanntem Pflegepersonal,
- Pflegeleistungen durch Krankenschwestern, Krankenpfleger bzw. Krankenpflegerhelfer oder Altenpfleger;

b) bei teilstationärer Pflege

Pflegeleistungen in staatlich anerkannten Tagespflegestätten sowie in Pflegeabteilungen von Altenheimen oder Krankenanstalten;

Aufwendungen für notwendige Beförderungen des Pflegebedürftigen zwischen der Wohnung des Versicherten und der vorgenannten Pflegeeinrichtungen;

c) bei häuslicher oder teilstationärer Pflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete pflegespezifische

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel,
- technische Hilfsmittel (in einfacher serienmäßiger Ausführung)

unter Anrechnung auf die tariflichen Jahreshöchstbeträge bis max. 2.557 Euro pro Kalenderjahr, wobei der Mierte bei technischen Hilfsmitteln der Vorrang gegenüber einem Kauf einzuräumen ist.

Solche pflegespezifischen Hilfsmittel und technische Hilfen sind im übrigen nur erstattungsfähig, soweit sie zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und als solche von den gesetzlichen Pflegekassen im Rahmen von § 40 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) anerkannt sind und die Versorgung medizinisch notwendig ist.

Die Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln kann unter Beteiligung des medizinischen Dienstes geprüft werden.

d) bei stationärer Pflege

Pflegeleistungen in Pflegeabteilungen von Altenheimen oder Krankenanstalten oder in staatlich anerkannten Pflegeheimen sowie gesondert berechnete Investitionskosten;

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht erstattungsfähig.

Können bei stationärer Pflege die Pflegeleistungen nicht gesondert von den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nachgewiesen werden, so werden 65 % der Gesamtkosten dem Pflegebereich zugerechnet;

e) zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Aufwendungen, zum Beispiel für Umbaumaßnahmen und technische Hilfen, bei erstmaliger Feststellung der Pflegestufe II und III innerhalb von 12 Monaten bis jeweils max. 5.113 Euro nach vorheriger Genehmigung des Versicherers.

1.2 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen beträgt **100 %** der nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden, erstattungsfähigen Restkosten.

Ist die Vorleistung geringer als der Leistungsrahmen der Pflegepflichtversicherung, so ergeben sich die erstattungsfähigen Restkosten aus der Differenz der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen und den im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehenen Leistungen.

Ist nachweislich kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger feststellbar, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen **50 %** der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

Die Leistungen betragen

in der Pflegestufe I	höchstens 12.768 Euro,
in der Pflegestufe II	höchstens 15.960 Euro,
in der Pflegestufe III	höchstens 19.344 Euro

pro Kalenderjahr zuzüglich eventueller Leistungen nach Ziffer 1.1 Buchstabe e).

Die Jahreshöchstbeträge vermindern sich für das Kalenderjahr des Pflegebeginns für jeden vor Beginn des Pflegefalls zurückgelegten vollen Monat um 1/12. Endet der Pflegefall während eines Kalenderjahres, so gilt Entsprechendes für die restlichen Monate bis zum Ende des Kalenderjahres.

2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege

Nach Wahl des Versicherungsnehmers steht alternativ zur Kostenerstattung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonal nach Ziffer 1.1 Buchstabe a) ein Pflegegeld zur Verfügung, dessen Höhe von der Pflegestufe abhängig ist. Es beträgt:

in der Pflegestufe I	10,70 Euro,
in der Pflegestufe II	21,00 Euro,
in der Pflegestufe III	26,00 Euro

pro Kalendertag.

Neben dem Pflegegeld sind bei häuslicher Pflege Aufwendungen nach Ziffer 1.1 Buchstaben c) und e) erstattungsfähig.

Das Pflegegeld wird auf die Jahreshöchstbeträge nach Ziffer 1.2 angerechnet.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

1. Nachweispflicht

Abweichend von § 4 Abs. 2.1, § 9 Abs. 1.1 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der regelmäßigen dreimonatigen Nachweispflicht über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen. Der Nachweis über Änderungen der Pflegestufe bleibt hiervon unberührt.

2. Wartezeit

Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeit.

**Gothaer
Krankenversicherung AG
Hauptverwaltung
Arnoldplatz 1
50969 Köln
Telefon 0221 308-00
www.gothaer.de**