

Barmenia Pfl egetagegeld-Versicherung

Tarif PT

mit Tarifbedingungen

Der **Tarif PT mit Tarifbedingungen** ist als **Teil II** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Krankenversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/PV).

INHALTSÜBERSICHT

	Seite
1. Leistungen	
1.1 Art der Leistungen _____	2
1.2 Höhe der Leistungen _____	2
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge _____	2
2.2 Festsetzung des Beitrages _____	3
2.3 Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen _____	3
2.4 Beitragserhöhung _____	3
3. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschußbeteiligung)	
3.1 Ansammlung einer Rückstellung _____	3
3.2 Verwendung _____	3
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/PV)	
4.1 Der Versicherungsschutz _____	3
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers _____	3
4.3 Ende der Versicherung _____	3

1. LEISTUNGEN
Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall ein Pflegetagegeld.

1.1 Art der Leistungen
Das Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung vom ersten Leistungstag an für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit gezahlt. Erster Leistungstag ist der 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

1.2 Höhe der Leistungen

1.2.1 Einstufung des Pflegefalles
Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe nach objektivem ärztlichen Befund unter Anwendung der nachstehenden Punkte-tabelle:

Aufstehen und Zubettgehen	1 Punkt
An- und Auskleiden	1 Punkt
Waschen, Kämmen und Rasieren	1 Punkt
Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken	1 Punkt
Stuhlgang	1 Punkt
Wasserlassen	1 Punkt

Die Einstufung des Pflegefalles richtet sich nach der Anzahl der Punkte:

- a) **Pflegestufe I**
Versicherte mit 3 Punkten.
- b) **Pflegestufe II**
Versicherte mit 4 Punkten.
- c) **Pflegestufe III**
Versicherte mit 5 Punkten.
- d) **Pflegestufe IV**
Versicherte mit 6 Punkten.

Bei einer Änderung der Zahl der Punkte ändert sich die Pflegestufe ab dem 92. Tag fortdauernder Änderung entsprechend.

1.2.2 Pflegetagegeld
Das Pflegetagegeld beträgt mindestens 5,- DM und kann um je 5,- DM gesteigert werden.

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in Pflegestufe IV in voller Höhe gezahlt. In Pflegestufe III werden drei Viertel, in Pflegestufe II die Hälfte und in Pflegestufe I ein Viertel des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

2. BEITRÄGE

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen für je 5,- DM Pflegetagegeld:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	DM	DM
	Mann	Frau
21-25	1,95	2,35
26-30	2,30	2,85
31-35	2,80	3,45
36-40	3,35	4,15
41-45	4,10	5,10
46-50	5,10	6,30
51-55	6,45	7,90
56-60	8,45	10,10
	Kind männl.	Kind weibl.
0-21	1,25	1,25

2.2 Festsetzung des Beitrages

Der Beitrag wird nach dem bei Eintritt in den Tarif bzw. bei der nachträglichen Erhöhung des Pflegegeldes erreichten Lebensalter (tarifliches Eintrittsalter) berechnet. Dabei wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm mehr als sechs Monate verfloßen sind.

Das Aufnahmehöchstalter beträgt 60 Jahre und sechs Monate.

Der Beitrag für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Jahr vollenden; danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

Bei einer Beitragsänderung gemäß § 18 (1) MB/PV wird das bisherige tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt. Sofern das Alter zum Zeitpunkt der Beitragsänderung in einer höheren Altersgruppe liegt, wird zur notwendigen Ergänzung der Altersrückstellung ein technischer Zuschlag erhoben.

2.3 Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen

Für erhöhte Risiken können bei Abschluß oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

2.4 Beitragserhöhung

Eine Erhöhung der Beiträge nach § 18 (1) MB/PV ist nur zulässig, wenn aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen eine nachhaltige Verschlechterung des Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden beim Versicherer eingetreten ist oder bevorsteht.

3. ERFOLGSABHÄNGIGE BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG)

3.1 Ansammlung einer Rückstellung

Aus den Überschüssen des Versicherers wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.

3.2 Verwendung

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt die Mitgliedervertretung; als Form der Verwendung kann sie wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragsenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

4. ÄNDERUNG UND ERGÄNZUNG DER MUSTERBEDINGUNGEN (MB/PV)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.1.1 Zu § 2 MB/PV: Beginn des Versicherungsschutzes

Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen und bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes.

4.1.2 Zu § 3 (2) MB/PV: Wartezeiterlaß bei Unfällen

Die Wartezeit entfällt bei Unfällen, die nach Vollendung des 3. Lebensjahres eintreten. Tritt ein Unfall früher ein, so läuft die Wartezeit bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres.

4.1.3 Zu § 6 (1) MB/PV: Auszahlung des Pflegegeldes

Das Pflegegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich – auf Wunsch in Teilbeträgen entsprechend der Vorlage der Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit – gezahlt.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.2.1 Zu § 8 MB/PV: Begriff des Versicherungsjahres

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluß auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

4.2.2 Zu § 9 (1) MB/PV: Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens bis zum 91. Tag nach deren ärztlicher Feststellung – anzuzeigen. Aus der ärztlichen Bescheinigung müssen Name der pflegebedürftigen Person, der Befund, die Diagnose, die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit und die Art sowie der Umfang der täglichen Pflege gemäß Ziffer 1.21 ersichtlich sein.

4.2.3 Zu § 9 (4) MB/PV: Einwilligungserfordernis des Versicherers bei Neuabschluß oder Erhöhung einer Pflegeversicherung

Das Einwilligungserfordernis bezieht sich nur auf Pflege-Krankenversicherungen.

4.3 Ende der Versicherung

4.3.1 Zu § 15 (3) MB/PV: Wohnsitzverlegung ins Ausland

§ 15 (3) MB/PV findet Anwendung bei Wegzug ins Ausland.