

Tarif PTA

Pflegetaggeldversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Musterbedingungen 2008 (MB/EPV 2008) mit Tarifbedingungen 2008 (TB/EPV 2008).

I. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit wird ohne Kostennachweis ein Pflegetaggeld gezahlt, das nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der Pflege gestaffelt ist.

Das Pflegetaggeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit nach	ambulant	stationär
Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	25 %	100 %
Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	50 %	100 %
Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	100 %	100 %

des vereinbarten Tagessatzes.

Abweichend von Tarifbedingung d zu § 4 MB/EPV 2008 sind Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie das Erfordernis einer vollstationären Pflege durch einen vom Versicherer zu beauftragenden Arzt festzustellen. Die Kosten dieser Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles oder einer höheren Pflegebedürftigkeit behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Der Nachweis der Pflegestufe bzw. der erforderlichen vollstationären Pflege kann auch durch Vorlage der entsprechenden Anerkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden.

Wird der Pflegebedürftige vollstationär gepflegt, obwohl dies nicht erforderlich ist, erfolgt die Leistung nach den Erstattungssätzen für ambulante Pflege. Dies gilt auch, wenn häusliche bzw. teilstationäre Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Ob vollstationäre Pflege erforderlich ist, ergibt sich aus den entsprechenden Richtlinien der gesetzlichen Pflegeversicherung gemäß § 43 (1) und (4) SGB XI.

Ändern sich die Leistungsvoraussetzungen (z. B. die Pflegestufe oder die Art der Pflege), so wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung dieser Änderung neu festgesetzt.

Abweichend von § 9 (2) MB/EPV 2008 verzichtet der Versicherer hinsichtlich des Bestehens eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V auf eine Anzeige.

Die Höhe des vereinbarten Pflegetaggeldes wird bei der Tarifbezeichnung angegeben. Ist z. B. ein Tagessatz von 50 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung PTA/50.

II. Leistungsanpassung

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich die durchschnittlichen Pflegekosten mit denen, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen. Ergibt sich dabei eine Steigerung von mehr als 10 %, so wird der vereinbarte Tagessatz ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten der Kostenentwicklung angepasst und um mindestens 5 EUR angehoben. Für den bisherigen Versicherungsschutz geltende Besondere Bedingungen haben dabei auch für den geänderten Versicherungsschutz Gültigkeit; Risikozuschläge erhöhen sich entsprechend der Beitragsänderung.

Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird zu Beginn des zweiten Monats (= Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt. Eine Erhöhung des Tagessatzes entfällt rückwirkend, sofern der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufs wird er bei Bekanntgabe der Leistungsanpassung ausdrücklich hingewiesen.

Macht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

III. Beitragsanpassung

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (d. h. für Männer, Frauen und Kinder/Jugendliche) die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Abweichend von Satz 2 der Tarifbedingung zu § 8b (1) MB/EPV 2008 werden bei einer Abweichung der Versicherungsleistungen um mehr als 5 % bzw. der Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als den gesetzlich festgelegten Prozentsatz die Beiträge für diese Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.