



Reicht Ihnen das?

DOMCURA Pflege

***Versicherungsbedingungen
für die Private Pflegezusatz-
versicherung
plus Assistanzeleistungen***



Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG

in der Fassung PZV 01-13 Stand: Januar 2013

Diese Versicherungsbedingungen konkretisieren den mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrag über eine private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt.

Um diese Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer gleichzeitig auch als versicherte Person, mit „wir“ oder „uns“ die DFV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.

Bitte beachten Sie, dass wir aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die Wiederholung von gesetzlichen Vorgaben, die neben diesen Bedingungen ergänzende Anwendung finden, verzichtet haben. Informationen zu den wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen finden Sie in den weiteren Vertragsunterlagen (Kundeninformation, Produktinformationsblatt und gesonderte Belehrungen).

Die PZV ist eine private Zusatzversicherung, die nicht die soziale oder private Pflegeversicherung (im Folgenden gesetzliche Pflegepflichtversicherung) ganz oder teilweise ersetzt, sondern diese ergänzt.

1. Wer ist versicherbar und wer ist versichert?

1.1 Versicherbar sind nur Personen, die über eine bestehende gesetzliche Pflegepflichtversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherer verfügen.

1.2 Sollten Sie nach dem wirksamen Abschluss der PZV in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nicht mehr versichert sein, z. B. durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, und Ihre Beiträge für die PZV weiterzahlen, behalten Sie Ihre Ansprüche aus der PZV Nr. 3 dieser Bedingungen bleibt unberührt.

1.3 Sie als Versicherungsnehmer sind versicherte Person, soweit Sie die PZV nicht für eine andere Person abgeschlossen haben. Auch in diesem Fall ist dann mit der Anrede „Sie“ auch die versicherte Person gemeint. Für Fälle des § 198 Abs. 1 VVG gilt eine Mindestversicherungsdauer eines Elternteils von 3 Monaten als vereinbart. Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch oder besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer und der versicherten Person zurechnen lassen.

2. Was ist versichert?

Wir leisten im Versicherungsfall das vereinbarte Pflegegeld und sonstige im Versicherungsschein dokumentierte Leistungen gemäß Nrn. 6.

2.1 Wann liegt der Versicherungsfall vor?

Versicherungsfall ist der Eintritt und die Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit gemäß einer bei uns versicherten Pflegestufe während der Vertragslaufzeit.

2.2 Was verstehen wir unter Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen? Pflegebedürftig sind Sie, wenn Sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit, Behinderung oder wegen Unfallfolgen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen und deshalb in eine der Pflegestufen III, II oder I im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), eingestuft werden oder wenn bei Ihnen aufgrund einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde.

2.3 Was ist unter Krankheiten, Behinderungen und Unfall im Sinne dieser Bedingungen zu verstehen?

Krankheiten oder Behinderungen im Sinne dieser Bedingungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und dadurch pflegebedürftig wird. Voraussetzung ist, dass der Unfall die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist.

Als Unfall gelten auch,

- wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden einschließlich unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- Gesundheitsschädigungen durch Gase, Dämpfe, Säuren und Erfrierungen (ausgenommen Berufs- und Gewerbekrankheiten), wobei Plötzlichkeit

auch dann gegeben ist, wenn die versicherte Person den schädigenden Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich diesen entziehen zu können,

- Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfallbedingten, unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel oder Sauerstoffentzug erleidet,
- tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung,
- Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet.

2.4 Was ist unter Demenz zu verstehen?

Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungsbilder, die mit einem Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und die dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Dazu zählen die Alzheimer-Demenz und weitere Demenzformen. Der Begriff Demenz ist international im ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) einheitlich definiert. Demenz oder ein demenzbedingtes Verhalten bzw. Unterlassen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn diese als Ursache für die Einschränkung der Alltagskompetenz durch einen Gutachter gem. Nr. 3 festgestellt wurde.

2.5 Was verstehen wir unter gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen?

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne dieser Bedingungen sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

2.6 Wann liegt eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor?

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei Ihnen gleichzeitig wenigstens in zwei der nachstehenden Bereichen (1) bis (13), davon mindestens einmal aus einem der Bereiche (1) bis (9), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt wurden.

- (1) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauf tendenz);
- (2) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- (3) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- (4) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung 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, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

2.7 Welche Pflegestufen gibt es im Rahmen dieser Versicherung?

Wir unterscheiden im Rahmen dieser Versicherung die Pflegestufen III, II, I und 0.

Pflegestufe III

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe III sind Sie, wenn Sie 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 (Schwerstpflegebedürftige).

Pflegestufe II

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe II sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschie-



denen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige).

Pflegestufe I

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe I sind Sie, wenn Sie 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 (erheblich Pflegebedürftige).

Pflegestufe 0

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe 0 sind Sie, wenn Sie neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen einer festgestellten, demenzbedingten Fähigkeitsstörung, geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung haben, deren Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bei Ihnen dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen.

- 2.8 Was ist unter stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege zu verstehen?
Soweit Ihr Versicherungsschutz, insbesondere die Höhe der vereinbarten Pflegegelder nach stationärer oder ambulanter Pflege unterschiedlich ausgestaltet wurden und dies im Versicherungsschein dokumentiert ist, sind stationärer und ambulanter Tarif wie folgt definiert.
Stationäre Pflege liegt vor, wenn Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe eingestuft wurden und dauerhaft in einer stationären Einrichtung gepflegt werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Bedingungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig gepflegt, untergebracht und gepflegt werden.
Die teilstationäre Pflege wird der stationären Pflege gleichgestellt, wenn Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe eingestuft wurden und mindestens einmal pro Tag für mindestens 12 Stunden in einer stationären Einrichtung gepflegt, untergebracht und gepflegt werden.
Ambulante Pflege liegt vor, wenn Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe eingestuft wurden und weder stationäre noch teilstationäre Pflegeleistungen im Sinne dieser Bedingungen in Anspruch zu nehmen.
3. **Durch wen und wie wird der Versicherungsfall festgestellt?**
3.1 Der Versicherungsfall wird im Rahmen dieser Versicherung durch uns festgestellt.
3.2 Im Rahmen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung werden die Pflegebedürftigkeit und die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK oder MEDICPROOF) festgestellt. Auf Grundlage des Ergebnisses des Pflegegutachtens kann Sie Ihre Krankenversicherung in eine der gesetzlichen Pflegestufen einstuft oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz anerkennen. Darüber erhalten Sie von Ihrer Krankenversicherung einen Pflegebescheid.
3.3 Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung in eine unserer Pflegestufen oder bei der Feststellung der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz richten wir uns nach dem Ergebnis des Pflegegutachtens und dem Inhalt des Pflegebescheids Ihrer Krankenversicherung. Soweit Sie gemäß Nr. 3.5 nicht vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden konnten, richten wir uns nach dem Gutachten des von uns beauftragten Gutachters und verzichten auf den Bescheid der Krankenkasse.
3.4 Soweit die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz durch den medizinischen Dienst im Pflegegutachten festgestellt wurde, aus dem Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung oder dem Pflegegutachten des medizinischen Dienstes aber die genaue Ursache der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz nicht eindeutig hervorgeht, behalten wir uns vor, den Feststellungen des medizinischen Dienstes erst dann zu folgen, wenn ein fachärztliches Gutachten die genaue Ursache bestätigt. Die durch das Einholen des fachärztlichen Gutachtens entstehenden Kosten und Aufwendungen werden Ihnen von uns erstattet, soweit die Begutachtung in Deutschland erfolgt ist.
3.5 Sollten Sie in dem Zeitpunkt, in dem Sie eine Leistung aus dieser PVZ beantragen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben oder aus sonstigen Gründen nicht vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden können, werden wir auf Ihren Wunsch einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt. In diesem Fall erstatten wir nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten für die Begutachtung durch den von uns beauftragten Gutachter im Ausland haben Sie zu tragen.
4. **Wann leisten wir?**
Wir leisten, wenn der Versicherungsfall während der Vertragslaufzeit eingetreten ist und frühestens ab dem Tag, an dem dieser gemäß Nr. 3 festgestellt wurde. Soweit der Versicherungsfall eingetreten und von uns festgestellt wurde, leisten wir unmittelbar, unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 48 Stunden, soweit keine Wartezeiten vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert sind.

- 4.1 Wann leisten wir bei den Pflegestufen III, II oder I?
Soweit Sie die Pflegestufen III, II oder I bei uns versichert haben, leisten wir das für die Pflegestufe und – soweit in unterschiedlicher Höhe vereinbart – für stationäre oder ambulante Pflege vereinbarte Pflegegeld, wenn Sie gemäß Nr. 3 aufgrund der festgestellten Pflegebedürftigkeit in eine der versicherten Pflegestufen III, II oder I eingestuft werden.
- 4.2 Wann leisten wir bei den Pflegestufen III, II oder I und gleichzeitiger Demenz?
Soweit Sie die Pflegestufen III, II oder I mit zusätzlichen Leistungen bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz (Pflegebedürftigkeit und Demenz) bei uns versichert haben, leisten wir das für die Pflegestufe und – soweit in unterschiedlicher Höhe vereinbart – für stationäre oder ambulante Pflege vereinbarte Pflegegeld, wenn Sie gemäß Nr. 3 aufgrund der festgestellten Pflegebedürftigkeit in eine der versicherten Pflegestufen III, II oder I eingestuft werden und zusätzlich eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen festgestellt wird.
- 4.3 Wann leisten wir bei der Pflegestufe 0?
Soweit Sie die Pflegestufe 0 bei uns versichert haben, leisten wir, wenn bei Ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz gemäß Nr. 3 festgestellt worden ist, ohne dass Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe III, II oder I eingestuft werden.
5. **Bei welchen Versicherungsfällen leisten wir nicht?**
Es gelten die folgenden Leistungsausschlüsse:
- 5.1 Vorvertragliche Versicherungsfälle
Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit zwar erst nach Vertragsschluss, aber rückwirkend bereits für einen Zeitpunkt vor Vertragsschluss festgestellt wird.
- 5.2 Krieg, Bürgerkrieg
Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse einschließlich der aktiven Teilnahme daran und daraus resultierender posttraumatischer Belastungsstörungen verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch vorübergehend, wenn die versicherte Person auf Reisen (für die Dauer von maximal 90 zusammenhängenden Tagen) im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits vor oder bei der Einreise Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder Reisewarnungen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen wurden.
Die Leistungsausschlüsse gelten nicht, sofern der Versicherungsschutz durch gesonderte Vereinbarung eingeschlossen und dies im Versicherungsschein dokumentiert wurde. Die Angabe oder die Dokumentation einer Berufsbezeichnung im Versicherungsschein oder in sonstigen Vertragsunterlagen gilt nicht als gesonderte Vereinbarung über den Umfang des Versicherungsschutzes.
6. **Welche Leistungen erbringen wir?**
Wir erbringen nur die Leistungen, die Sie bei uns versichert haben.
- 6.1 Pflegegeld
Das für die versicherte Pflegestufe vereinbarte Pflegegeld zahlen wir im Versicherungsfall monatlich im Voraus an Sie. Soweit Sie mehrere Pflegestufen bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir die für die versicherten Pflegestufen vereinbarten Leistungen nicht nebeneinander. Die Einstufung in eine höher versicherte Pflegestufe schließt Leistungen aus einer niedriger versicherten Pflegestufe aus.
Haben Sie neben der PVZ zusätzlich eine staatlich geförderte, ergänzende Pflegeversicherung bei uns abgeschlossen, erhöhen wir bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit das im Rahmen der staatlich geförderten, ergänzenden Pflegeversicherung vereinbarte Pflegegeld um 15 %, vorausgesetzt, Sie haben das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- 6.2 Unterstützungsleistungen
Wir erbringen – soweit sie mit uns vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden – die nachstehenden Unterstützungsleistungen, wenn erstmalig die Voraussetzungen für einen Versicherungsfall in einer versicherten Pflegestufe gegeben sind. Wir leisten folgende Unterstützungsleistungen neben den vereinbarten Leistungen aus der versicherten Pflegestufe:
- eine Sofortunterstützung als Einmalbeitrag;
 - eine Umbaukostenunterstützung als finanziellen Zuschuss zu einem erforderlichen, pflegerechten Umbau Ihrer Wohnung bzw. Ihres Hauses;
 - eine Erholungskostenunterstützung als finanziellen Zuschuss zu einem Erholungsurlaub einer Sie pflegenden Person;
 - eine Beerdigungskostenunterstützung als finanziellen Zuschuss zu den Kosten für Ihre Beerdigung, sofern der Eintritt des Todes durch Vorlage einer amtlichen, in der Bundesrepublik Deutschland anerkannten Sterbeprotokolle nachgewiesen wird.
- Mit einer späteren Einstufung in eine höhere versicherte Pflegestufe entsteht kein neuer Anspruch auf eine bereits in Anspruch genommene Unterstützungsleistung.
- 6.3 Assistenzleistungen
Wir erbringen – soweit sie mit uns vereinbart wurden und im Versicherungs-



schein dokumentiert – zusätzlich Organisations- und Serviceleistungen sowie die Übernahme bzw. Erstattung ausgewählter, sonstiger Leistungen (Assistanceleistungen). Diese Assistanceleistungen unterliegen besonderen Bedingungen.

7. An wen wir leisten?

Wir leisten grundsätzlich an Sie. Soweit Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind, leisten wir auch an den Versicherungsnehmer, soweit nichts anderes mit diesem vereinbart wurde.

Die Beerdigungskostenunterstützung leisten wir zu gleichen Teilen an die gesetzlichen Erben der versicherten Person. Sie haben aber jederzeit das Recht, andere Personen für den Erhalt der Beerdigungskostenunterstützung zu benennen (Bezugsberechtigte). Gibt es mehrere Bezugsberechtigte bei der Beerdigungskostenunterstützung, so wird diese zu gleichen Teilen an die Bezugsberechtigten ausgezahlt, es sei denn, Sie haben uns schriftlich eine andere Anweisung erteilt.

Gibt es für die Beerdigungskostenunterstützung weder gesetzliche Erben noch Bezugsberechtigte, erfolgt keine Auszahlung der Beerdigungskostenunterstützung.

8. Wo erbringen wir die Versicherungsleistungen und wann enden sie?

Unsere Leistungen nach diesen Bedingungen erbringen wir unabhängig davon, wo Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz haben. Für den Erhalt von Geldleistungen ist eine Bankverbindung erforderlich, die eine IBAN mit dem Länderkennzeichen „DE“ für Deutschland und eine deutsche Bankleitzahl aufweist. Geldleistungen erbringen wir ausschließlich in Euro. Assistanceleistungen gemäß Nr. 6.3 erbringen wir bedingungsgemäß grundsätzlich nur in Deutschland.

Unsere Leistungspflicht endet mit dem Tag, an dem der Versicherungsfall nicht mehr gegeben ist und, soweit ein Anspruch auf Beerdigungskostenunterstützung entstanden ist, mit Auszahlung dieser an die Erben oder Bezugsberechtigten. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines laufenden Monats, so berechnet sich unsere Leistung in diesem Monat nach der Anzahl der Tage, an denen wir leistungspflichtig waren. Ein Monat entspricht dabei immer 30 Tagen.

9. Was müssen Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages beachten?

Einen Vertrag über eine PZV können wir mit Ihnen nur abschließen, wenn wir uns vor Vertragsschluss ein genaues Bild über Ihren Gesundheitszustand machen konnten. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen vor Vertragsschluss Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie hierbei unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

9.1 Was müssen Sie bei Ihrer Gesundheitserklärung beachten?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

9.2 Was müssen Sie bei Ihrer Gesundheitsprüfung beachten?

Wir führen mit Ihnen vor Abschluss des Vertrages eine Gesundheitsprüfung durch. Der Abschluss des Vertrages ist vom Ergebnis dieser Gesundheitsprüfung abhängig.

Sofern wir Ihnen vor Vertragsschluss Fragen über Ihren Gesundheitszustand stellen, die Ihnen nicht in Textform vorliegen, werden wir Ihre Angaben zu den Gesundheitsfragen in einem Gesundheitsprüfungsprotokoll dokumentieren. Dieses Gesundheitsprüfungsprotokoll übersenden wir Ihnen dann entweder zusammen mit dem Versicherungsschein und den sonstigen Vertragsunterlagen oder daneben mit separater Post. Um den Vertrag auf der Basis Ihrer Angaben abzuschließen, müssen Sie das erhaltene Gesundheitsprüfungsprotokoll sorgfältig durchlesen und die dokumentierten Angaben auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüfen. Nur wenn Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit der dokumentierten Angaben durch Rücksendung des von Ihnen unterschriebenen Gesundheitsprüfungsprotokolls bestätigen, kommt der Vertrag mit Zugang des Gesundheitsprüfungsprotokolls bei uns zu Stande. Das Gesundheitsprüfungsprotokoll ist innerhalb von zwei Wochen an uns zurückzusenden. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Zugangs bei uns. Unabhängig von der Bezahlung des Erstbeitrages haben Sie bis zum Zugang des unterschriebenen Gesundheitsprüfungsprotokolls bei uns keinen Versicherungsschutz.

Wird der Inhalt des Gesundheitsprüfungsprotokolls – unabhängig vom Grund der Änderung, insbesondere durch Ergänzungen oder Streichungen – von Ihnen geändert oder erfolgt eine Rücksendung zu einem späteren Zeitpunkt, kommt der Vertrag auch bei Rücksendung des Gesundheitsprüfungsprotokolls nicht zu Stande, es sei denn, wir bestätigen Ihnen durch eine gesonderte schriftliche Mitteilung den Vertragsschluss auf Basis der Angaben im geänderten oder verspätet zurückgesandten Gesundheitsprüfungsprotokoll. Ohne unsere schriftliche Bestätigung haben Sie in diesen Fällen keinen Versicherungsschutz.

Was passiert, wenn Sie im Antragsformular oder im Gesundheitsprüfungsprotokoll falsche Angaben machen?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bestätigen Sie uns falsche oder unvollständige Angaben, so verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und wir können vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe

Fahrlässigkeit vorliegen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt erst nach Eintritt eines Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn der nicht angezeigte Umstand weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles ursächlich war. Dies nachzuweisen, ist Ihre Verpflichtung. Wir sind allerdings von der Leistung frei, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kündigung

Können wir aufgrund der vorstehenden Regelungen nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen.

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Bitte beachten Sie, dass auch in diesem Fall Leistungsfreiheit durch rückwirkende Vertragsänderung eintreten kann.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf 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.

10. Welche Verpflichtungen haben Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles?

Sie haben uns den Eintritt des Versicherungsfalles anzuzeigen, sobald Sie von ihm Kenntnis erlangt haben. Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Leistungsbeurteilung vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes und der Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung.

Soweit es für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, kann es notwendig sein, dass Sie auf unser Verlangen die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, Ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden im erforderlichen Umfang widerruflich von deren Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten befreien, sofern Sie uns die erforderlichen Angaben nicht selbst vorlegen können. Sollten Sie diese Obliegenheit nicht erfüllen, besteht die Gefahr, dass Sie eine Leistung erst nach Erfüllung der Obliegenheit erhalten.

Soweit Sie gemäß Nr. 3.5 nicht vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden können, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines Gutachters durch uns schriftlich zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.

Sie haben uns zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen. Der Nachweis gilt als erbracht, wenn der medizinische Dienst in angemessenen Abständen das weitere Bestehen der Pflegebedürftigkeit überprüft und bescheinigt. Nr. 3.5. und 10.3. gelten entsprechend.

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen oder den Wegfall Ihrer Pflegebedürftigkeit anzuzeigen.

Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebensbescheinigung von Ihnen vorzulegen. Wir erstatten Ihnen die Kosten bis zur der Höhe, die für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen.

11. Was passiert, wenn Sie Ihren Verpflichtungen nach Eintritt des Versicherungsfalles nicht nachkommen?

Sollten Sie Ihren Verpflichtungen nach Eintritt des Versicherungsfalles vor-



sätzlich nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzuhalten oder auszusetzen, bis Sie Ihren Verpflichtungen nachkommen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung dieser Verpflichtungen können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.

- 11.2 Wir werden aber dann leisten, soweit die Verletzung Ihrer Verpflichtung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Verpflichtung arglistig verletzt haben.
- 11.3 Wenn Sie in den vorgenannten Fällen Leistungen zu Unrecht erhalten haben, sind Sie verpflichtet, diese an uns zurückzuzahlen.
12. **Wie wird Ihr Eintrittsalter berechnet?**
Die Höhe Ihres Beitrages wird durch Ihr Eintrittsalter bestimmt. Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns.
13. **Wann müssen Sie Ihre Versicherungsbeiträge bezahlen?**
Sie müssen Ihre Beiträge zahlen, sobald diese fällig sind. Nur wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und die Folgebeiträge fristgemäß bezahlen, haben Sie Versicherungsschutz. Nr. 9.2 bleibt hiervon unberührt.
- 13.1 **Erstbeitrag**
Der Erstbeitrag wird mit Zugang der Rechnung fällig, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, wenn die Zahlung des fälligen Erstbeitrags erfolgt ist. Sofern Sie jedoch den fälligen Erstbeitrag erst nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn zahlen, sind wir zur Leistung nicht verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten.
Der Erstbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag rechtzeitig bei uns eingegangen ist oder von Ihrem Konto eingezogen werden konnte und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Als rechtzeitig gilt eine Zahlung, die unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Zahlungsaufforderung erfolgt ist oder bei erteilter Einzugsermächtigung innerhalb von zwei Wochen nach Fälligkeit eingezogen werden konnte.
- 13.2 **Folgebeitrag**
Die Folgebeiträge sind, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, monatlich zum entsprechenden Tag des Monats, der der Zahl nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn entspricht, fällig.
Soweit Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen, haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass unsere Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Ist das nicht möglich, setzen wir ein vereinbartes Lastschriftverfahren für künftig fällige Beiträge aus und Sie sind verpflichtet, alle fälligen Beiträge an uns zu überweisen. Von der erteilten Einzugsermächtigung machen wir erst wieder Gebrauch, wenn Sie alle fälligen Beiträge an uns überwiesen haben und Ihr Beitragskonto wieder ausgeglichen ist.
Im Falle eines erfolglosen Lastschriftverfahrens (Rücklastschrift) sind Sie zum Ausgleich der uns insoweit anfallenden Kosten verpflichtet. Wir erheben daher eine angemessene Gebühr in Höhe von 15 €, es sei denn, die Rücklastschrift oder die Kreditkartenrückabwicklung war von Ihnen nicht zu vertreten.
- 13.3 **Vorausbeitrag**
Sie haben die Möglichkeit, den Beitrag für die PZV für einen mehrjährigen Beitragszeitraum in einer Summe im Voraus zu zahlen (Vorausbeitrag). Der Vorausbeitrag muss gesondert vereinbart werden. Im Übrigen gilt Nr. 13.1 entsprechend.
- 13.4 **Ratenzahlungszuschläge**
Wir erheben unabhängig von der gewählten Zahlungsweise keine Ratenzahlungszuschläge. Sie haben die Möglichkeit, monatlich, viertel-, halb- oder jährlich zu zahlen.
14. **Wann werden Sie von der Bezahlung der Versicherungsbeiträge befreit?**
Wir befreien Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für die PZV zu entrichten, wenn der Versicherungsfall eintritt. Die Beitragsbefreiung bezieht sich im Versicherungsfall nur auf künftig fällig werdende Beiträge, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge, soweit nicht anderes mit Ihnen vereinbart wurde. Endet der Versicherungsfall, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.
15. **Wie lange läuft der Vertrag über die PZV und wann endet er?**
15.1 Der Vertrag über eine PZV wird, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart wurde oder soweit nachstehend nichts anderes gilt, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Als Versicherungsperiode gilt in diesem Fall ein Monat.
15.2 Bei einem auf unbestimmte Zeit geschlossenen Vertrag haben Sie das Recht, den Vertrag täglich zu kündigen. Machen Sie davon Gebrauch, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Wenn Sie sich wieder versichern lassen wollen, ist eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig und der neue Versicherungsbeitrag errechnet sich nach dem dann maßgeblichen Eintrittsalter. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns maßgeblich.
- 15.3 Haben Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 13.3 dieser Bedingungen vereinbart, wird der Vertrag zunächst für die Dauer von drei Jahren geschlossen und er verlängert sich danach für die Dauer des vereinbarten Bei-

tragszeitraumes um jeweils ein weiteres Jahr, sofern er nicht unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Jahres gekündigt wird. Die Kündigung ist erstmals zum Schluss des dritten Jahres möglich. Nach Ablauf des vereinbarten Beitragszeitraumes können Sie den Vertrag wieder täglich kündigen, sofern nicht erneut ein Vorausbeitrag für einen weiteren mehrjährigen Beitragszeitraum vereinbart wurde. In diesem Fall bleibt es für die Dauer des vereinbarten Beitragszeitraumes bei dem Kündigungsrecht zum Schluss eines Jahres.

- 15.4 Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Vertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u. a. wegen falscher Angaben bei Vertragsschluss oder wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.
- 15.5 Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Tod der versicherten Person. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, geht der Versicherungsvertrag mit dem Tod des Versicherungsnehmers auf die versicherte Person über. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers noch minderjährig, geht die Versicherung auf die versicherte Person nur über, wenn sie auch Erbe des Versicherungsnehmers ist. Ist die minderjährige, versicherte Person nicht Erbe des Versicherungsnehmers, geht der Versicherungsvertrag auf die Erben des Versicherungsnehmers über.
16. **Wann können Sie die vereinbarten Leistungen und die Beiträge erhöhen?**
Es bestehen folgende Möglichkeiten, die Leistung oder den Beitrag Ihrer PZV zu erhöhen:
- 16.1 **Nachversicherungsgarantie**
Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie haben Sie die Möglichkeit, das versicherte Pflegegeld
- innerhalb von 5 Jahren nach Abschluss des Vertrages über Ihre PZV und maximal bis zur Vollendung Ihres 50. Lebensjahres oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod eines Ihrer leiblichen oder adoptierten Kinder, nach dem Tod Ihres Ehepartners oder nach der Scheidung von Ihrem Ehepartner in der höchsten bei uns versicherten Pflegestufe einmalig ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30%, aufgerundet auf volle Euro, zu erhöhen. Die niedrigeren bei uns versicherten Pflegestufen werden im Verhältnis anteilig erhöht.
- 16.2 **Versicherungsdynamik**
Im Rahmen der Versicherungsdynamik erhöhen wir bis zum erstmaligen Eintritt des Leistungsfalles das vereinbarte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre in der höchsten bei uns versicherten Pflegestufe um 5%, aufgerundet auf volle Euro. Die niedrigeren bei uns versicherten Pflegestufen werden im Verhältnis anteilig erhöht.
Voraussetzung für eine Teilnahme an der Versicherungsdynamik ist, dass
- Sie ihr nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrags widersprechen,
- Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, es sei denn, Sie haben zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Versicherungsdynamik unmittelbar davor drei ununterbrochene Erhöhungen im Rahmen der Versicherungsdynamik mitgemacht.
Wollen Sie an einer Beitragserhöhung im Rahmen der Versicherungsdynamik aus persönlichen oder wirtschaftlichen Gründen nicht teilnehmen, haben Sie die Möglichkeit, diese auszusetzen. Setzen Sie jedoch zweimal nacheinander bei der Erhöhung aus, behalten wir uns bei der Wiederaufnahme der Versicherungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.
- 16.3 **Weitere Bestimmungen zur Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik**
Die Nachversicherungsgarantie und die Versicherungsdynamik können maximal bis zur Verdopplung der erstmalig vereinbarten Pflegegelder in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik ist ab dem Zeitpunkt ausgeschlossen, zu dem Sie einen Leistungsanspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Pflegepflichtversicherung hätten. Dies gilt auch dann, wenn dies aufgrund der bei uns versicherten Pflegestufen keinen Leistungsfall auslöst.
Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Dabei wird Ihr bisheriger Beitrag lediglich um den zusätzlichen Beitrag für den durch die Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik erhöhten Anteil am versicherten Pflegegeld erhöht. Dieser zusätzliche Beitrag wird auf Grundlage Ihres zum Änderungszeitpunkt erreichten Alters ermittelt. Der neue Beitrag wird zu Beginn des Monats wirksam, der dem Änderungszeitpunkt folgt.
- 16.4 **Leistungsdynamik**
Soweit mit Ihnen vereinbart, erhöhen wir im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Leistungsfalles das vereinbarte Pflegegeld in derjenigen bei uns versicherten Pflegestufe, in der Sie zum Zeitpunkt der Leistungsdynamik wegen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit eingestuft sind, alle drei Jahre um 10 %, aufgerundet auf volle Euro bei Aufrechterhaltung der Beitragsbefreiung im Pflegefall. Soweit Sie in eine andere Pflegestufe eingestuft werden, können Sie die bis dahin durch die Leistungsdynamik erworbenen Erhöhungen in absoluten Beträgen auf die neue Pflegestufe übertragen.
Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungsdynamik ist, dass
- Sie diese Leistungsdynamik mit uns vereinbart haben und dies im Versicherungsschein dokumentiert ist,
- der Leistungsfall eingetreten ist,
- seit Eintritt des Pflegefalles oder der Leistungsdynamik drei Jahre vergangen sind.



- 17. Wann erfolgt eine Beitragsanpassung?**
- 17.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern.
- 17.2 Wir vergleichen dementsprechend zumindest jährlich die tatsächlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Weichen diese Werte für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs um mehr als 10 % jeweils voneinander ab, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders – ohne eine Veränderung der Versicherungsleistung – angepasst, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und des Treuhänders die Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen ist (Beitragsanpassung). Die Beitragsanpassung gilt auch für den Fall, dass Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 13.3 dieser Bedingungen vereinbart haben.
- 17.3 Sollten die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zu Grunde gelegt.
- 17.4 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung an Sie folgt. Haben Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 13.3 dieser Bedingungen vereinbart, werden Beitragsanpassungen für den restlichen vereinbarten Beitragszeitraum berechnet und für diesen Zeitraum insgesamt im Voraus fällig oder – sofern der Beitrag gesenkt wird – von uns erstattet.
- 18. Wann können Sie Tarife wechseln?**
Sie haben jederzeit die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tarifen zu wechseln. Wollen Sie in einen Tarif wechseln, der insgesamt oder bezogen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der Leistung zur Folge hat, ist der Tarifwechsel jedoch nur nach einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich.
- 18.1 Wechsel zwischen Tarifen bei Änderung der gesetzlichen Definitionen oder Vorschriften
Wir orientieren uns an den gesetzlichen Vorschriften zur Definition eines Pflegefalls und zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz. Sollten sich die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der gesetzliche Pflegebegriff oder die Kriterien zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz, ändern und bieten wir deshalb neue, darauf abgestellte Tarife der PZV an, so haben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen solchen neuen Tarif zu wechseln, sofern die versicherten Leistungen in ihrer Höhe gleich bleiben. In anderen Fällen behalten wir uns eine erneute Gesundheitsprüfung vor.
- 19. Was ist für Sie sonst noch wichtig?**
Nachfolgende Erläuterungen sind noch einmal wichtig:
- 19.1 **Datenspeicherung**
Bei Vertragsschluss und während der Vertragslaufzeit erheben, speichern und nutzen wir die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen personenbezogenen Daten nur, soweit dies für die Abwicklung des Vertrages – insbesondere für die Antrags- und Leistungsbearbeitung – erforderlich ist. Das umfasst Ihre Angaben bei Vertragsschluss einschließlich Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand (Antragsdaten einschließlich Gesundheitsdaten), versicherungstechnische Daten – wie Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum Schadensfall (Leistungsdaten).
- 19.2 **Datenweitergabe**
Um Ihnen einen umfassenden und kostengünstigen Versicherungsschutz bieten zu können, haben wir das Erbringen bestimmter Versicherungsdienstleistungen, wie die Vertragsverwaltung oder Leistungsabwicklung, auf zwar rechtlich selbständige, aber im Sinne des § 15 Aktiengesetz mit uns verbundene Unternehmen verteilt. Aus diesem Grund werden Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten bei uns zentral gespeichert und den mit uns verbundenen Unternehmen zur Erbringung der genannten Versicherungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt.
Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrer Krankenversicherung, Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten unserem Rückversicherer oder unserem Vertragspartner zur Risikokalkulation zur Verfügung zu stellen, soweit dies dort zur Risikobeurteilung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.
Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir durch eine Anonymisierung Ihrer Daten und durch entsprechende Datenschutzabkommen sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsvertrages und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.
- 19.3 **Elektronische Archivierung**
Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns gerichteten Schreiben mit einem allgemein anerkannten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Einscannen und Speichern vernichten.
- 19.4 **Anpassung der Versicherungsbedingungen**
Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung Ihrer Belange 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 Sie folgt.
Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir diese 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 unsere Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- 19.5 **Verjährung**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.
- 19.6 **Geltendes Recht**
Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zu Grunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Versicherungsbedingungen für die DFV DeutschlandAssistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG

In der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011

1. **Wann gelten die Bedingungen für die DFV DeutschlandAssistance?**
 - 1.1 Diese Bedingungen für die DFV DeutschlandAssistance gelten nur in Zusammenhang mit einer bei uns abgeschlossenen und noch laufenden Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) und soweit die DFV DeutschlandAssistance mit uns vereinbart und als solche im Versicherungsschein dokumentiert ist.
 - 1.2 Diesen Bedingungen für die DFV DeutschlandAssistance liegen unsere Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) zugrunde.
2. **Was ist Gegenstand der DFV DeutschlandAssistance?**

Im Rahmen der DFV DeutschlandAssistance erbringen wir folgende Assistenzleistungen:

 - Basis-Assistance
 - Online Pflegestützpunkt
 - Pflegehotline
3. **Wo werden die Assistenzleistungen der DFV DeutschlandAssistance erbracht?**

Alle in diesen Bedingungen genannten Dienstleistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland und nur durch Dienstleister mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Die zu Verfügung gestellten Informationen und Beratung beschränken sich ausschließlich auf Pflegeleistungen in der Bundesrepublik Deutschland, die nach deutschem Recht gewährt werden.
4. **Was haben Sie im Hinblick auf Ihre Daten zu beachten?**

Bitte denken Sie daran, dass wir bei der Erbringung der Assistenzleistungen Daten zum Zwecke der Erfüllung unseres Leistungsversprechens erheben und speichern sowie an Dritte weitergeben müssen. Dritte in diesem Sinne sind Personen und Einrichtungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den an Sie zu erbringenden oder bereits erbrachten Leistungen stehen oder berechtigt sind, Aufsicht über die Pflegeleistungserbringung zu üben.
5. **Was ist Gegenstand der Basis-Assistance?**

Im Rahmen der Basis-Assistance erbringen wir folgende Leistungen:

 - Information und Beratung über unsere Pflege-Hotline
 - Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen
 - Kostenübernahme für die vermittelten Dienstleistungen, soweit gesondert vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.
6. **Was ist unter Information und Beratung über unsere Pflege-Hotline zu verstehen?**
 - 6.1 Wir bieten Ihnen unter 069-958 69 909 eine 24 Stunden Pflege-Hotline an, die Sie als versicherte Person sowie Ihre nahen Angehörigen jederzeit während der Laufzeit des Vertrages in Anspruch nehmen können. Nahe Angehörige in diesem Sinne sind
 - Ihre Großeltern, Eltern und Schwiegereltern,
 - Ihr Ehegatte, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Ihre Geschwister,
 - Ihre Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder Ihres Ehegatten oder Lebenspartners, Ihre Schwiegerkinder und Enkelkinder.
 - 6.2 Die Nutzung der Pflegehotline durch die Angehörigen ist nur im Bezug auf die die versicherte Person betreffende Sachverhalte und Fragen zulässig. Die Pflege-Hotline bietet Information und Beratung zu den nachstehenden Themen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person an:
 - ambulante Pflegedienste
 - stationäre Pflegeeinrichtungen
 - Einrichtungen zur teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege
 - haushaltsunterstützende Dienstleistungen
 - Pflegehilfsmittel
 - Hausnotrufsysteme
 - Tag- und Nachtwachen
 - Pflegeschulungen bzw. Schulungseinrichtungen
 - Behinderten- und Krankenfahrdienste
 - Begleit- und Fahrdienst
 - Freizeitbetreuung
7. **Was ist unter Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen zu verstehen?**
 - 7.1 Unmittelbar vor und nach Eintritt des Pflegefalls sind Sie auf vielseitige Hilfe angewiesen. Wir wollen Sie dabei unterstützen und bieten Ihnen die Vermittlung der nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen an:
 - a. Beförderung
 - b. Menüservice
 - c. Einkäufe, Besorgungen und Botengänge.
 - d. Wohnungsreinigung
 - e. Wäsche-Service
 - f. Begleitservice und Fahrdienst
 - g. Gartenpflege
 - h. Schneeräumung und Laubbeseitigung
 - i. Tag- und Nachtwache
 - j. Kinderbetreuung
 - k. Versorgung von Haustieren
 - l. Installation von Hausnotrufsystemen
 - m. Pflegeschulung
 - n. Freizeitbetreuung
 - 7.2 Sie haben Anspruch auf die Vermittlung der Dienstleistungen, sobald der medizinische Dienst Ihrer gesetzlichen Pflegepflichtversicherung mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit beauftragt oder der Versicherungsfall bereits eingetreten und von uns festgestellt wurde.
 - 7.3 Wir wählen die von uns empfohlenen Dienstleister mit der erforderlichen Sorgfalt aus, dennoch übernehmen wir keine Haftung für die Zuverlässigkeit des Dienstleisters oder für dessen Leistungen einschließlich der durch diese verursachten Schäden. Lehnen Sie den von uns benannten oder vermittelten Dienstleister ab, sind wir einmalig verpflichtet, einen anderen Dienstleister zu benennen oder zu vermitteln. Lehnen Sie auch diesen ab, können Sie einen Dienstleister nach Ihrer Wahl beauftragen.
 - 7.4 Der Dienstleistungsvertrag kommt in jedem Fall ausschließlich zwischen Ihnen und dem Dienstleister zu stande.
8. **Was gilt bei vereinbarter Kostenerstattung für die ausgewählten Dienstleistungen?**
 - 8.1 Soweit mit uns gesondert vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstatten wir auch die Kosten für die nachfolgend genannten und vermittelten Dienstleistungen bis zu dem im Versicherungsschein genannten Gesamtaufwand.
 - a. Beförderung
Nach der Vermittlung der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung oder dem regelmäßigen Aufenthaltsort in die stationäre Pflegeeinrichtung nach



<p>Vorleistung der Pflegepflichtversicherung. Darüber hinaus die Beförderung des in der Pflegeeinrichtung unterzubringenden Hausrates der versicherten Person in die stationäre Pflegeeinrichtung.</p> <p>b. Menüservice Anlieferung von Mahlzeiten für die versicherte Person und einer im selben Haushalt lebenden Person.</p> <p>c. Einkäufe, Besorgungen und Botengänge Erledigung von Einkäufen, Besorgungen und Botengängen z.B. zu Banken, Sparkassen, Behörden, Ärzten, Apotheken, Lebensmittelhändlern und Reinigung</p> <p>d. Wohnungsreinigung Reinigung von Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und WC der Wohnung oder des Hauses der versicherten Person im üblichen Umfang, sofern sich diese Räume nicht in einem überdurchschnittlich verschmutzten Zustand befinden.</p> <p>e. Wäsche-Service Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen der Wäsche und Kleidung sowie Pflegen der Schuhe jeweils im eigenen Haushalt der versicherten Person.</p> <p>f. Begleitservice und Fahrdienst Unterstützung der versicherten Person bei der Wahrnehmung von Arztterminen, Terminen für Krankengymnastik und sonstigen ärztlich angeordneten Therapien sowie Behördenterminen durch eine Begleitperson und, soweit erforderlich, einen Fahrdienst.</p> <p>g. Gartenpflege Pflege des sich am Haus oder an der Wohnung befindlichen Gartenbesitzes der versicherten Person in allgemein üblichem Umfang (z.B. Rasenmähen, Unkrautbeseitigung, Ernte von Obst und Gemüse).</p> <p>h. Schneeräumung und Laubbeseitigung Schneeräumung und Laubbeseitigung, soweit erforderlich auf den Gehwegen vor dem Haus oder der Wohnung in dem/der die versicherte Person wohnt, soweit diese hierzu gesetzlich oder vertraglich verpflichtet ist.</p> <p>i. Tag- und Nachtwache 24 Stundenbetreuung (Tag- und Nachtwache) der versicherten Person durch Fachpersonal in der Wohnung oder dem Haus der versicherten Person oder der sie betreuenden Person.</p> <p>j. Kinderbetreuung Betreuung der Kinder der versicherten Person oder des pflegenden nahen Angehörigen, soweit diese das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben durch folgende Dienstleistung: - Beaufsichtigung durch Fachpersonal - Fahrdienst zur Schule, Kindergarten oder entsprechenden Betreuungseinrichtungen - Schülernachhilfe</p> <p>k. Versorgung von Haustieren Versorgung von Haustieren der versicherten Person in erforderlichem Umfang durch einen professionellen Dienstleister.</p> <p>l. Installation von Hausnotrufsystemen Die Einrichtung einer Hausnotrufanlage mit Aufschaltung auf eine hierfür spezialisierte Hausnotrufzentrale in der Wohnung der versicherten Person.</p> <p>m. Pflegeschulung Eine Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende nahe Angehörige der versicherten Person.</p> <p>n. Freizeitbetreuung Eine Freizeitbetreuung für die versicherte Person</p>	<p>8.2</p> <p>8.3</p>	<p>8.4</p> <p>8.5</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>11.</p> <p>11.1</p> <p>11.2</p> <p>11.3</p> <p>11.4</p> <p>11.5</p> <p>11.6</p>	<p>Die Kostenerstattung erfolgt nur auf Antrag und nur, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist und von uns festgestellt wurde. Wir behalten uns vor, jederzeit die geeigneten Nachweise für die entstandenen Kosten anzufordern.</p> <p>Auch wenn wir die Kosten übernehmen, haften wir nicht für die Zuverlässigkeit des Dienstleisters oder dessen Leistungen einschließlich der durch diese verursachten Schäden.</p> <p>Was ist ein Online Pflegestützpunkt? Der Online Pflegestützpunkt ist ein Informations- und Beratungsportal für versicherte Personen und ihre Angehörigen rund um das Thema Pflege. Den Zugang zu dem geschützten Nutzerbereich erhalten Sie auf eine schriftliche Anfrage.</p> <p>Wer ist der Pflegeelotse? Der Pflegeelotse ist eine Person, die Sie und Ihre Angehörigen in der schwierigen Anfangsphase des Pflegefalls bei der Organisation und Realisierung der notwendigen Pflegeleistung unterstützt.</p> <p>Welche Leistungen erbringt der Pflegeelotse?</p> <p>Der Pflegeelotse unterstützt Sie bei der Organisation und der Inanspruchnahme der ambulanten oder stationären Pflegeleistungen sowie bei Ihrer Verbringung in die von Ihnen ausgewählte Pflegeeinrichtung. Der Pflegeelotse erbringt u. a. folgende Leistungen: - Ermittlung Ihrer persönlichen Vorstellungen und Anforderungen an die Pflegeleistung - Ermittlung des konkreten Pflegebedarfes und Pflegestandards - Bereitstellung von Informationen über Ihren Vorstellungen entsprechende ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen - Mitwirkung bei Auswahl des geeigneten Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung. - Mitwirkung bei der Vermittlung des ausgewählten Pflegedienstes oder eines Pflegeplatzes in der ausgewählten Pflegeeinrichtung - Organisation der Verbringung zur ausgewählten Pflegeeinrichtung.</p> <p>Sobald der Versicherungsfall eingetreten und von uns festgestellt ist, stehen Ihnen die Leistungen des Pflegeelotse zu Verfügung.</p> <p>Den Pflegevertrag mit dem ausgewählten Pflegedienst oder der Pflegeeinrichtung haben Sie in Ihrem Namen zu schließen. Der Pflegevertrag kommt ausschließlich zwischen Ihnen und dem Pflegedienst oder der Pflegeeinrichtung zustande. Wir haften nicht für die erbrachten Pflegeleistungen.</p> <p>Soweit mit Ihnen nicht anderes vereinbart und dokumentiert wurde, garantieren wir im Rahmen der Leistungen des Pflegeelotse keinen durchsetzbaren Anspruch auf die Inanspruchnahme eines bestimmten Pflegedienstes oder eines Pflegeplatzes in einer bestimmten Pflegeeinrichtung, auch wenn wir den Pflegedienst oder die Pflegeeinrichtung im Rahmen der Leistungen des Pflegeelotse empfohlen und mit Ihnen ausgewählt haben.</p> <p>Soweit nach Eintritt des Versicherungsfalles erforderlich, gewährleisten wir Ihre Versorgungssicherheit durch Vermittlung der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung oder Ihrer Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst. Soweit möglich, berücksichtigen wir bei unserer Auswahl und der Vermittlung an Sie nur zertifizierte Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, die zumindest die ISO-Norm 9001 erfüllen.</p> <p>Soweit wir eine Garantie auf Unterbringung oder erfolgreiche Vermittlung des Pflegedienstes übernehmen, erfolgt sie nur unter Voraussetzung, dass im Leistungsfall in Deutschland kein Mangel an Pflegeplätzen und Pflegedienstleistern herrscht.</p>
--	-----------------------	---	--



FürsorgeGarantie der DFV Deutsche Familienversicherung AG

Kostenlose Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit

1. Wann werden Sie von der Bezahlung der Versicherungsbeiträge befreit?

Soweit für eine bei uns abgeschlossene Versicherung zugesagt, befreien wir Sie auf Antrag und nach Maßgabe dieser Garantie von Ihrer Verpflichtung, die Beiträge für die betroffene Versicherung zu entrichten, wenn Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitslos oder, soweit sich unsere Garantiezusage auch darauf erstreckt, arbeitsunfähig werden. Die Beitragsbefreiung ist kostenlos und bezieht sich nur auf künftig fällig werdende Beiträge der betroffenen Versicherung, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge. Der Versicherungsschutz der betroffenen Versicherung bleibt während der Dauer der Beitragsbefreiung aufrecht erhalten.

2. Wann liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Arbeitnehmer aus einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, das mindestens sechs Monate angedauert hat (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis, Erziehungsurlaub oder Selbständigkeit) heraus unverschuldet arbeitslos werden und nicht mehr gegen Entgelt tätig sind. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bestimmungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit endet mit Aufnahme einer selbständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.

3. Wann liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser FürsorgeGarantie vor?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

4. Was haben Sie bei Beantragung der Beitragsbefreiung zu beachten?

Mit Antragstellung haben Sie den Garantiefall darzulegen. Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld weisen Sie durch die Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens nach. Ihre Arbeitsunfähigkeit ist durch ein Attest eines in Deutschland zugelassenen und approbierten Arztes zu bestätigen.

Trotz Antragstellung bleiben Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge noch bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten.

5. Wann besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ist generell ausgeschlossen,

- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bereits bei Abschluss des betroffenen Versicherungsvertrages bestand oder innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt; in diesen Fällen ist die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen,
- während der ersten drei Monate einer Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit,
- wenn Sie bei Abschluss der betroffenen Versicherung bereits Kenntnis von dem drohenden Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit hatten und diese innerhalb von 12 Monaten seit Vertragsabschluss auch eingetreten ist,
- wenn für die betroffene Versicherung bei Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit kein Versicherungsschutz besteht, insbesondere weil Sie Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt haben,
- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse eingetreten ist.

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit ist ausgeschlossen, wenn

- Sie die Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses selbst veranlasst haben oder Ihnen fristlos gekündigt wurde,
- das Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten besteht oder bei einem Unternehmen, das von Ihrem Ehegatten oder von einem in direkter Linie mit Ihnen Verwandten alleine oder zusammen mit Ihnen beherrscht wird,
- Sie Leistungen aus einer Rentenversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsrente beziehen oder wenn Sie das Renteneintrittsalter erreicht haben.

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn

- diese durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch oder Alkoholismus verursacht wurde;
- diese Folge einer Schwangerschaft ist und für diese Zeit Ansprüche auf Lohnfortzahlung oder aus dem gesetzlichen Mutterschutz oder Elternzeit bestehen,
- diese durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen) verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden fachärztlich behandelt,
- diese durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden fachärztlich behandelt,
- diese durch Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen eingetreten sind,
- diese durch Unfälle verursacht sind, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

6. Wie lange dauert die Beitragsbefreiung und was passiert danach?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren (Maximalzeitraum). Der Maximalzeitraum beginnt jeweils mit der erstmaligen Befreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Nach Wegfall der Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit oder nach Ablauf des Maximalzeitraums, sind die Beiträge für die betroffene Versicherung wieder regelmäßig von Ihnen zu zahlen.