

Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung DFV-DeutschlandPflege in der Fassung vom 01.10.2025

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Versicherungsbedingungen

1. Versicherungsbeiträge
2. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages
3. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung der Folgebeiträge
4. Anpassung der Versicherungsbeiträge
5. Anpassung der Versicherungsbedingungen
6. Laufzeit des Versicherungsvertrages
7. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages
8. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung
9. Willenserklärungen und Anzeigen
10. Gerichtsstand
11. Anzuwendendes Recht
12. Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag
13. Digitale Kommunikation
14. Versicherungsmissbrauch

B. Besondere Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung DFV-DeutschlandPflege

1. Art des Versicherungsschutzes
2. Versicherungsfähigkeit
3. Versicherungsfall und Pflegebedürftigkeit
4. Versicherungsleistungen
5. Nachversicherungsgarantie
6. Versicherungsdynamik
7. Beitragsbefreiung im Versicherungsfall
8. Tarifwechsel
9. Geltungsbereich
10. Leistungsausschlüsse
11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen vor, bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles
12. Berechnung der Versicherungsbeiträge
13. Beendigung des Versicherungsvertrages

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein und den gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer bzw. die Versicherungsnehmerin, mit „wir“ oder „uns“ die Deutsche Familienversicherung gemeint.

A. Allgemeine Versicherungsbedingungen

1. Versicherungsbeiträge

Die Höhe des Versicherungsbeitrages richtet sich nach dem gewählten und im Versicherungsschein dokumentierten Tarif.

Den zu zahlenden Versicherungsbeitrag können Sie dem jeweils gültigen Versicherungsschein entnehmen.

2. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

2.1 Fälligkeit des Erstbeitrages

Der erste Beitrag ist nach Erhalt des Versicherungsscheines fällig. Er ist spätestens zum im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungsbeginn zu zahlen.

2.2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz und das erste Versicherungsjahr beginnen zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Unabhängig davon besteht jedoch kein Versicherungsschutz, solange der Erstbeitrag nicht gezahlt wurde, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Erstbeitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn er bei Fälligkeit auf unserem Konto eingegangen ist oder im Falle eines erteilten SEPA-Lastschriftmandates von dem vereinbarten Konto abgebucht werden konnte und der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate versichert ist und Sie das Neugeborene innerhalb von 2 Monaten nach dem Geburtstag rückwirkend anmelden (Kindernachversicherung). Der Versicherungsschutz kann nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

2.3 Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

Solange der fällige Erstbeitrag nicht gezahlt ist, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

3. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung der Folgebeiträge

3.1 Fälligkeit der Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind, je nach vereinbarter Zahlungsweise, jeweils monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn fällig.

3.2 Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist von zwei Wochen. Die Mahnung enthält die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten sowie eine Belehrung über die nachstehenden Rechtsfolgen.

Haben Sie die angemahnten Beiträge, Zinsen und Kosten nach Ablauf der Zahlungsfrist nicht gezahlt und tritt der Versicherungsfall ein, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Solange die angemahnten Folgebeiträge, Zinsen und Kosten nach Ablauf der Zahlungsfrist nicht gezahlt sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Haben wir den Vertrag außerordentlich gekündigt, gilt Folgendes. Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung die angemahnten Beiträge, Zinsen und

Kosten zahlen. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, sind wir auch weiterhin nicht zur Leistung verpflichtet.

4. **Anpassung der Versicherungsbeiträge**

Der Versicherungsbeitrag wird durch die in den technischen Kalkulationsgrundlagen niedergelegten Faktoren (z. B. Schadenaufwand und -häufigkeit, Verwaltungskostenaufwand, Bestandszusammensetzung, Kündigungsverhalten) unter Berücksichtigung und Beachtung anerkannter Grundsätze der Versicherungsmathematik und -technik ermittelt.

Wir vergleichen jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für die Beobachtungseinheit eine nicht nur vorübergehende Abweichung von mehr als fünf Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Die Änderung der Versicherungsbeiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Erhöht sich Ihr Versicherungsbeitrag, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

5. **Anpassung der Versicherungsbedingungen**

Bei einer Änderung bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften, die sich unmittelbar auf einzelne Bedingungen des Versicherungsvertrages auswirken, haben wir das Recht, die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich sind und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen

werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Versicherungsvertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Im Falle von Änderungen der Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt werden die neuen Regelungen zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

6. **Laufzeit des Versicherungsvertrages**

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn.

7. **Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages**

7.1 **Kündigung des Versicherungsvertrages**

Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag täglich, ohne Einhaltung einer Frist, in Textform zu kündigen.

Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich.

Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u.a. wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

Mit dem Ende des Vertrages endet der Versicherungsschutz.

7.2 Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet, wenn das versicherte Interesse (versichertes Risiko) entfällt.

Das versicherte Risiko richtet sich grundsätzlich nach dem konkreten Versicherungsschutz.

Zusätzliche, tarifspezifische Beendigungsgründe sind in den jeweiligen Besonderen Versicherungsbedingungen geregelt.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - der Versicherungsschutz.

8. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung

8.1 Obliegenheiten bei Antragstellung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag prüfen können, müssen Sie unsere Fragen nach gefahrerheblichen Umständen (z. B. Gesundheitsfragen), die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellt werden, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Gefahrerheblich sind alle Umstände, die für unsere Entscheidung, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

8.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung

Verletzen Sie die Anzeigepflicht vor Vertragsabschluss, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Erfolgt der Rücktritt von dem Versicherungsvertrag nach Eintritt des Versicherungsfalles, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir auch in diesem Fall nicht zur Leistung verpflichtet.

9. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform. Für diese nutzen

Sie aus Nachhaltigkeitsgründen und im Interesse einer zügigen Bearbeitung das DFV-Kundenportal.

10. Gerichtsstand

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben, oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz, zuständig.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

11. Anzuwendendes Recht

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

12. Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Wenn Sie einen Anspruch bei uns angemeldet haben, ist die Verjährung ausgesetzt. Die Aussetzung wirkt von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

13. Digitale Kommunikation

Sämtliche Unterlagen (z. B. Versicherungsscheine, Vertragsinformationen, Leistungsabrechnungsschreiben, Mahnungen, Kündigungsbestätigungen) stellen wir Ihnen ausschließlich digital über unser Kundenportal zur Verfügung.

Für Dokumente und Schreiben in Papierform, die wir Ihnen auf Ihr Verlangen per Post zur Verfügung stellen, können zusätzliche Kosten anfallen. Diese haben Sie zu tragen.

14. Versicherungsmissbrauch

Als Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person haben Sie nach dem Versicherungsvertragsgesetz bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die

Einschätzung des Risikos und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben.

Hierzu gehören zum Beispiel frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in Ihren Angaben aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, Dritte (z. B. andere Versicherer, Behörden) um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (z. B. Rückversicherungen, Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten mit Dritten sowie unter den Versicherern. Dabei werden personenbezogene Daten des Betroffenen weitergegeben (z. B. Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag).

B. Besondere Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung DFV-DeutschlandPflege

1. Art des Versicherungsschutzes

DFV-DeutschlandPflege ist eine private Pflege-Zusatzversicherung die die gesetzliche Pflegeversicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Privaten Krankenversicherer (PKV) nicht ersetzt, sondern sinnvoll ergänzt.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig ist nur, wer bei Antragstellung in einer deutschen GKV oder deutschen PKV pflegepflichtversichert ist und bei Antragstellung auf Abschluss der DFV-DeutschlandPflege das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Ist die versicherte Person im Laufe der Vertragslaufzeit nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert, z. B. durch die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, wird das Vertragsverhältnis davon unberührt fortgesetzt.

3. Versicherungsfall, Pflegebedürftigkeit und deren Feststellung

3.1 Versicherungsfall und Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfall ist der Eintritt von Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person mit einem bei uns versicherten Pflegegrad nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

Kein Versicherungsfall nach diesen Bedingungen liegt vor, wenn die pflegebegründende Diagnose, die zur Einstufung in einen bei uns versicherten Pflegegrad führt, ausschließlich oder zumindest weit überwiegend eine der nachfolgend genannten Krankheiten und Störungen darstellt:

Aufmerksamkeitsstörung (ADS) bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Angst- oder Anpassungsstörung, Asperger-Syndrom, Autismus, Belastungsreaktion und -störung, Burn-Out, Depression, depressive Episode, Erschöpfungszustand, Essstörung, Entwicklungsstörungen und -verzögerungen, Hypochondrische Störung, Intelligenzminderung, Manie, Multiples Beschwerdesyndrom, Mukoviszidose, Myopathien und Dystrophien, Neurasthenie, Neurose, neurotische Störung, Persönlichkeitsstörung, phobische Störung, Psychose, Rett-Syndrom, Schizophrenie, Somatisierungsstörung, Spina bifida, Suchterkrankungen

(z. B. Alkoholismus, Medikamenten-, Spiel- oder Drogensucht), Down-Syndrom (Trisomie 21), wahnhaftige Störung und Zwangsstörung.

Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann und deshalb der Hilfe durch andere bedarf.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit einem bei uns versicherten Pflegegrad (Schwere) bestehen.

3.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades erfolgt durch das Pflegegutachten und den Pflegebescheid der zuständigen Pflegekasse oder durch einen von uns beauftragten Gutachter.

Wir haben das Recht, bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die zuständige Pflegekasse, ein weiteres Pflegegutachten zu beauftragen, wenn begründete Zweifel an der Pflegebedürftigkeit bestehen.

Soweit das weitere Gutachten zu einem anderen Ergebnis wie das Erstgutachten kommt, ist ein Schiedsgutachten einzuholen. Für diesen Fall werden Ihnen von uns drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt. Ihre Entscheidung haben Sie uns innerhalb von vier Wochen ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen. Unterbleibt eine fristgerechte Benennung, wird eine der benannten Gutachterinnen oder benannten Gutachter durch uns bestimmt.

Die Kosten für die zusätzliche Begutachtung durch einen von uns beauftragten Gutachter und für das Schiedsgutachten tragen wir.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse nicht möglich, z. B., weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, werden wir auf Ihren Wunsch einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit feststellt. Die Kosten für die Begutachtung durch den von uns beauftragten Gutachter haben Sie selbst zu tragen.

3.3 Überprüfung der Pflegebedürftigkeit

Wir haben das Recht, die Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen jederzeit durch einen von uns beauftragten Gutachter überprüfen und feststellen zu lassen.

Die Kosten für die Überprüfung und Feststellung tragen wir. Muss die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit im Ausland erfolgen, haben Sie die Kosten hierfür zu tragen.

4. Versicherungsleistungen

Wir leisten das vereinbarte und im Versicherungsschein dokumentierte Pflegemonatsgeld entweder bei häuslicher Pflege oder bei stationärer Pflege,

Soweit Sie mehrere Pflegegrade bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir nur die für den festgestellten Pflegegrad vereinbarte Leistung. Die Feststellung eines versicherten Pflegegrades schließt Leistungen aus einem anderen, niedrigeren oder höheren Pflegegrad aus.

Ein Anspruch auf das Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeit-Pflege schließt einen Anspruch auf Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege und umgekehrt aus.

Eine Veränderung der Pflegeleistungen in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung aufgrund neuer Gesetzes- bzw. Rechtsvorschriften begründet keinen Anspruch auf Anpassung der mit Ihnen im Rahmen der DFV-DeutschlandPflege vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Pflegemonatsgelder.

4.1 Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeit-Pflege

Häusliche Pflege liegt vor, wenn die Pflege der versicherten Person zuhause entweder durch Laienpfleger (z. B. durch Ehepartner oder Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird und keine stationäre Pflegeleistungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen in Anspruch genommen werden.

Verhinderungspflege liegt vor, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.

Kurzzeitpflege liegt vor, wenn eine pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit einer vollstationären Pflege bedarf.

4.2 Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege

Stationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt wird. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden.

Die teilstationäre Pflege wird der stationären Pflege gleichgestellt, wenn die versicherte Person mindestens einmal pro Tag für mindestens 12 Stunden in einer stationären Einrichtung untergebracht und gepflegt wird.

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre Einrichtungen.

4.3 Leistungszeitpunkt

Ein Anspruch auf die Versicherungsleistung besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Pflegebedürftigkeit in einem bei uns versicherten Pflegegrad - entweder gemäß Pflegebescheid der Pflegekasse, der privaten Pflegepflichtversicherung oder laut Gutachten des von uns beauftragten Gutachters - besteht und der Anspruch auf Versicherungsleistung innerhalb von sechs Monaten nach diesem Zeitpunkt bei uns geltend gemacht wird.

Wird der Anspruch auf Versicherungsleistung nach Ablauf von sechs Monaten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei uns gelten gemacht, besteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung erst ab Antragstellung. Eine rückwirkende Leistung ist in diesem Fall ausgeschlossen.

Wir erbringen die vereinbarten Versicherungsleistungen, wenn uns alle für die Feststellung des Versicherungsfalles notwendigen Unterlagen vorliegen.

Das für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld zahlen wir im Versicherungsfall monatlich im Voraus.

5. Nachversicherungsgarantie

Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie haben Sie einmalig die Möglichkeit, das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden

- innerhalb von 5 Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages und maximal bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes oder des Ehepartners der versicherten Person, sowie nach der Eheschließung oder Scheidung vom Ehepartner bzw. Lebenspartner oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Umzug in ein anderes Bundesland innerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgrund eines beruflichen Wechsels der versicherten Person bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres

ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 %, aufgerundet auf volle Euro, beitragswirksam zu erhöhen.

Die Nachversicherungsgarantie kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch Erhöhungen aus der Versicherungsdynamik berücksichtigt werden.

Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie wird Ihr Beitrag neu ermittelt.

Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird nach dem zu diesem Zeitpunkt aktuellen Alter der versicherten Person bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu dem Änderungszeitpunkt wirksam.

Der Anspruch auf die Nachversicherungsgarantie endet unabhängig von der Höhe der Pflegemonatsgelder, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung hätte, auch wenn dies nach dem vereinbarten Tarif bei uns keinen Versicherungsfall auslöst.

6. Versicherungsdynamik

Im Rahmen der Versicherungsdynamik erhöhen wir beitragswirksam das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 5 %, aufgerundet auf volle Euro.

Die Versicherungsdynamik kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch

Erhöhungen aus der Nachversicherungsgarantie berücksichtigt werden.

Wir informieren Sie in Textform über die Erhöhung des Pfl egetagegeldes. Die Leistungsanpassung wird zu Beginn des zweiten Monats (Änderungstermin) wirksam, der auf das Schreiben folgt.

Die Versicherungsdynamik wird wirksam, wenn Sie ihr nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrags widersprechen.

Widersprechen Sie zweimal nacheinander der Versicherungsdynamik, behalten wir uns bei der nächsten Versicherungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.

Mit der Teilnahme an der Versicherungsdynamik wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des versicherten Pflegemonatsgeldes wird dabei nach Ihrem aktuellen Alter bestimmt und dem bisherigen Beitrag hinzugerechnet. Der neue Beitrag wird zu dem Änderungszeitpunkt wirksam.

Der Anspruch auf die Versicherungsdynamik endet unabhängig von der Höhe der Pflegemonatsgelder, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung hätte, auch wenn dies nach dem vereinbarten Tarif bei uns keinen Versicherungsfall auslöst.

7. Beitragsbefreiung im Versicherungsfall

Soweit mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert befreien wir Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles und Einstufung in Pflegegrad 5 unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diese Versicherung zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht. Die Beitragsbefreiung wirkt ab der nächsten Fälligkeit ihres Beitrages nach Antragstellung. Endet die Einordnung in Pflegegrad 5, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.

8. Tarifwechsel

Sie haben die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tarifen mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Wollen Sie in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln, der insgesamt oder bezogen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der

Leistungen zur Folge hat, ist der Tarifwechsel nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich. Wir sind berechtigt, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu verlangen.

Verändert sich in der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung (SGB XI) die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit oder deren Voraussetzungen, hat der Versicherte das Recht, in einen neuen gleichartigen Pflegegeldtarif zu wechseln, soweit dieser vom Versicherer aufgrund der veränderten Gesetzesgrundlage eingeführt wird. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt, sofern beim Wechsel die Leistungen nicht höher oder umfassender sind.

9. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Unsere Leistungen nach diesen Versicherungsbedingungen erbringen wir unabhängig davon, wo Sie oder die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz haben oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.

10. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten sind oder festgestellt wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit zwar erst nach Vertragsschluss, aber rückwirkend für einen Zeitpunkt vor Vertragsschluss festgestellt wird.

Für Versicherungsfälle, die nach Vertragsschluss jedoch vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer der in Ziffer 3.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Krankheiten beruht.

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle, die ursächlich auf eine vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitsbeeinträchtigung oder Gesundheitsbeschädigung einschließlich deren Folgen zurückzuführen sind.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn für das Aufenthaltsgebiet der versicherten Person zum Zeitpunkt der Einreise keine Teil- oder

Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge zählen nicht zu Kriegereignissen.

11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen vor, bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles

11.1 Obliegenheiten nach Vertragsschluss

Sie haben uns die Beendigung der Versicherung der versicherten Person in einer deutschen GKV oder deutschen PKV und den Wegfall der gesetzlichen Pflegeversicherung unverzüglich in Textform mitzuteilen.

11.2 Obliegenheiten bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles

Sie haben nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Feststellung des Versicherungsfalles vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse.

Im Versicherungsfall haben Sie uns - soweit dies für unsere Beurteilung erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann - sämtliche Belege mit Leistungs- oder Erstattungsvermerk der GKV oder PKV, der Pflegekasse, des Pflegeheim, des ambulanten Pflegedienstes oder eines anderen Kostenträgers auf Ihre Kosten im Original vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zuname der versicherten Person sowie die Abrechnung ambulanter, stationärer oder der sonstigen durchgeführten Leistungen ergeben.

Im Falle der häuslichen Pflege nach Ziffer 4.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen haben Sie uns auf unser Verlangen nachzuweisen, dass durch das geleistete Pflegemonatsgeld die

erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter und ausreichender Weise selbst sichergestellt werden.

Kosten für Übersetzungen von ausländischen Belegen ziehen wir von den Versicherungsleistungen ab.

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse oder eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), durch Medicproof oder durch einen anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht möglich, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines durch uns beauftragten Gutachters in Textform zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.

Sie haben uns auf Nachfrage das Fortbestehen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch eine Überprüfung und Bescheinigung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), Medicproof oder einen von der Pflegekasse oder von uns beauftragten Gutachter nachzuweisen.

Das Recht zur jederzeitigen Überprüfung der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 3.3 dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen.

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

11.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer der Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir binnen eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, den Versicherungsvertrag fristlos kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Verletzen Sie eine Obliegenheit vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

12. Berechnung der Versicherungsbeiträge

Die Höhe des Versicherungsbeitrages richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person und dem vereinbarten Leistungsumfang. Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns.

13. Beendigung des Versicherungsvertrages

In Ergänzung zu Ziffer 7.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt:

Der Versicherungsvertrag endet, wenn Sie versterben. Die versicherte Person hat dann das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod in Textform abzugeben.

Bei Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person. Leistungen, die von uns in Unkenntnis des Todes, über den Tod der versicherten Person hinaus erbracht wurden, sind uns von Ihren Erben gesamtschuldnerisch zurückzuerstatten.