

envivas
Krankenversicherung AG

Exklusiver Partner von



Ihre Pflege in besten Händen

Mit den Pflegezusatzversicherungen
PflegeAktiv, PflegePlus und PflegeXtra

Das Extra für TK-Versicherte





Aktiv entscheiden und unabhängig bleiben

Bis ins hohe Alter unabhängig sein und das Leben genießen – wer wünscht sich das nicht? Und das geht heute eher denn je. Dank der gesundheitlichen Versorgung erreichen wir ein deutlich höheres Alter. Und wer sich aktiv und rechtzeitig für die richtige Vorsorge entscheidet, kann auch im Falle einer Pflegesituation sein Leben im neuen Rahmen selbstbestimmt gestalten.

Warum ist das Vorausdenken jetzt so wichtig?



**Besser
abgesichert**



**Einfacher
Antrag**



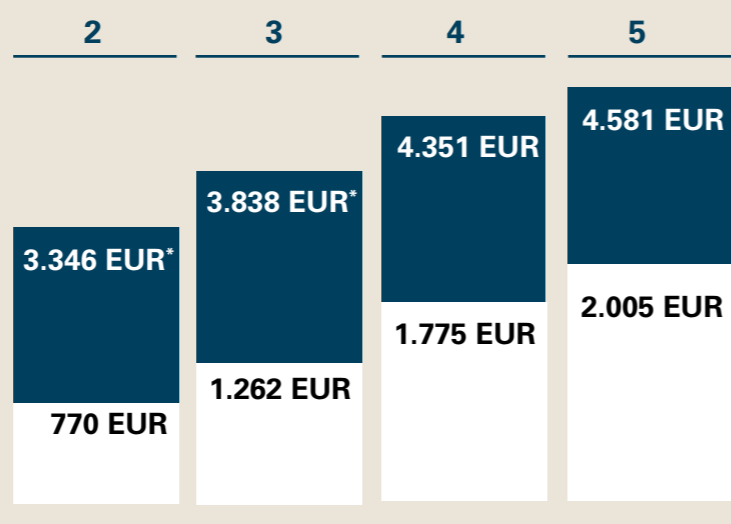
**Exzellenter
Service**



Gute Pflege ist teuer

Vor allem, wenn Sie Ihren Lieben nicht zur Last fallen und ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime in Anspruch nehmen möchten. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung decken meist nicht alle Kosten ab. Es bleibt eine von Ihnen auszugleichende finanzielle Lücke.

Monatliche Pflegeheimkosten (nach Pflegegraden)



Verbleibende monatliche Versorgungslücke

2.576 EUR*

■ Pflegekosten
□ Gesetzliche Leistung**

Fünf Pflegegrade

Die Pflegegrade orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person.

- Pflegegrad 1** gering
- Pflegegrad 2** erheblich
- Pflegegrad 3** schwer
- Pflegegrad 4** schwerstens
- Pflegegrad 5** schwerstens mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

* Bundesdurchschnittlicher Eigenanteil für Heimbewohner pro Monat, Quelle: www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung, (Stand: 01. Januar 2024)

** Seit 1.1.2022 haben Versicherte Anspruch auf einen zusätzlichen Vergütungszuschlag nach § 43c SGB XI. Dieser bleibt hier unberücksichtigt.



Ideal im Pflegefall versorgt

Mit den Pflegezusatzversicherungen PflegeAktiv und PflegePlus können Sie die im Pflegefall entstehende Versorgungslücke deutlich reduzieren. Denn es wird Ihnen bei beiden Tarifen ein zusätzliches monatliches Pflegegeld ausgezahlt. Welcher Tarif ist nun der richtige?

Wünschen Sie eine Vorsorge für alle Pflegegrade, dann ist **PflegeAktiv** für Sie die richtige Wahl. Sind Ihnen Leistungen, besonders in den höheren Pflegegraden, und mehr Flexibilität wichtig, dann entscheiden Sie sich für **PflegePlus**. Sie können die Tarife PflegeAktiv und PflegePlus auch kombinieren.

Tritt die Pflegesituation ein, steht Ihnen **PflegeXtra** mit praktischer Soforthilfe zur Seite und ergänzt beide Tarife perfekt.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Informationen in diesem Kapitel um Informationen zur Verkaufunterstützung handelt. Die grundsätzlichen Merkmale und Vorteile der Produkte werden in vereinfachter Form dargestellt. Bitte lesen Sie hierzu auch den Hinweis auf Seite 15.

Staatlich gefördert

Pflegegrad	PflegeAktiv	PflegePlus	
	Leistungen in % des versicherten Pflegegeldes	Leistungen in % des versicherten Pflegegeldes	
		Wechselmöglichkeit	
		Pflege3	Pflege2+3
1	10%	0%	0%
2	20%	0%	0%
3	30%	0%	60%
4	60%	60%	80%
5	100%	100%	100%

PflegeXtra
Die persönliche Hilfe im Pflegefall als perfekte Ergänzung zur finanziellen Vorsorgeleistung beider Tarife.

> PflegeAktiv

> PflegePlus

> PflegeXtra



60 Euro
jährlich vom
Staat



PflegeAktiv – ausgezeichnete Vorsorge mit Zuschuss vom Staat

Sie möchten für den Pflegefall vorsorgen und sich den staatlichen Zuschuss sichern? Mit dem Tarif PflegeAktiv bietet Ihnen die Envivas eine ausgezeichnete Zusatzabsicherung für jeden Pflegegrad. Dabei profitieren Sie monatlich von der staatlichen Zulage im Rahmen des sogenannten „Pflege-Bahr“: Ihr Monatsbeitrag verringert sich automatisch um fünf Euro. Und das Beste: **Wir beantragen die Förderung für Sie.**

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



Die Versicherungsleistungen sind nach Pflegegraden gestaffelt und werden wie folgt ausgezahlt:

Pflege-grad	Leistungen mit PflegeAktiv in % des versicherten Pflegegeldes
1	10%
2	20%
3	30%
4	60%
5	100%



PflegeAktiv – Ihre Vorteile im Überblick

- › **Absicherung in allen Pflegegraden**
Das versicherte Pflegegeld wird bei Pflegebedürftigkeit nach dem ermittelten Pflegegrad gezahlt.
- › **Monatliches Pflegegeld**
Das vereinbarte Pflegegeld wird ohne Nachweis der tatsächlich anfallenden Pflegekosten ausgezahlt.
- › **Günstige Beiträge**
Je früher Sie sich für PflegeAktiv entscheiden, desto niedriger ist und bleibt Ihr monatlicher Beitrag.
- › **Keine Gesundheitsprüfung**
Sie können PflegeAktiv einfach und schnell abschließen.
- › **Absicherung aufstocken**
Sie können jederzeit Ihre Absicherung aufstocken. Versichern Sie ein Pflegegeld von bis zu 1.980 Euro.
- › **Staatliche Förderung**
Sie erhalten bis zu 60 Euro staatliche Förderung pro Jahr.
- › **Ausgezeichnete Vorsorge**
Mit PflegeAktiv sichern Sie sich einen Tarif, der mehrfach Spitzenbewertungen erhalten hat.
- › **Keine Wartezeit bei Unfall**
Die reguläre Wartezeit beträgt fünf Jahre, entfällt für Sie jedoch bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



PflegeAktiv – Ihr Monatsbeitrag und die Versicherungsleistung

Der Gesetzgeber definiert folgende Mindestanforderungen:

- › einen monatlichen Beitrag von 15 Euro** und
- › eine monatliche Leistung von 600 Euro. Diese Leistung kann als Vielfaches von 30 Euro bis auf 1.980 Euro pro Monat erhöht werden.

Eintrittsalter*	Mindestversicherungsleistung in EUR	Mindestmonatsbeitrag in EUR**	Höchstversicherungsleistung in EUR	Höchstmonatsbeitrag in EUR**
35	600	15,42	1.980	50,89
36	600	15,93	1.980	52,57
37	600	16,46	1.980	54,32
38	600	17,01	1.980	56,13
39	600	17,58	1.980	58,01
40	600	18,17	1.980	59,96
41	600	18,79	1.980	62,01
42	600	19,43	1.980	64,12
43	600	20,10	1.980	66,33
44	600	20,80	1.980	68,64
45	600	21,53	1.980	71,05
46	600	22,30	1.980	73,59
47	600	23,09	1.980	76,20

* Das Eintrittsalter berechnet sich als Beginnjahr abzüglich Geburtsjahr.

** Die staatliche Zulage wird von diesem Beitrag automatisch abgezogen.

Eintrittsalter*	Mindestversicherungsleistung in EUR	Mindestmonatsbeitrag in EUR**	Höchstversicherungsleistung in EUR	Höchstmonatsbeitrag in EUR**
48	600	23,93	1.980	78,97
49	600	24,80	1.980	81,84
50	600	25,71	1.980	84,84
51	600	26,67	1.980	88,01
52	600	27,67	1.980	91,31
53	600	28,73	1.980	94,81
54	600	29,84	1.980	98,47
55	600	31,01	1.980	102,33
56	600	32,25	1.980	106,43
57	600	33,55	1.980	110,72
58	600	34,93	1.980	115,27
59	600	36,39	1.980	120,09
60	600	37,94	1.980	125,20

Die Beiträge ab 61 Jahre finden Sie im Internet unter:
www.envivas.de/pflege.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



› PflegePlus

› PflegeXtra



Je früher
desto
günstiger



PflegePlus – attraktive Leistungen und Flexibilität

Sie möchten möglichst hohe Leistungen in den höheren Pflegegraden? Dann ist unsere Pflegezusatzversicherung PflegePlus die passende Vorsorge-Lösung für Sie. Denn hier haben Sie die Möglichkeit, ganz nach Ihrem Bedarf zwischen den Tarifen Pflege2+3 und Pflege3 zu wählen. Zusätzlich können Sie Ihr Pflegegeld während der Vertragslaufzeit anpassen.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



Die Versicherungsleistungen sind nach Pflegegraden gestaffelt und werden wie folgt ausgezahlt:

Pflegegrad	Leistungen mit PflegePlus in % des versicherten Pflegegeldes	
	Pflege3	Pflege2+3
3	0%	60%
4	60%	80%
5	100%	100%

PflegePlus – Ihre Vorteile im Überblick

› **Absicherung der Pflegegrade 3 bis 5**

Das versicherte Pflegegeld wird bei Pflegebedürftigkeit nach dem ermittelten Pflegegrad gezahlt.

› **Monatliches Pflegegeld**

Auszahlung des vereinbarten Pflegegeldes ohne Nachweis der tatsächlich anfallenden Pflegekosten.

› **Günstige Beiträge**

Je früher Sie sich für PflegePlus entscheiden, desto niedriger ist und bleibt Ihr monatlicher Beitrag.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



› **Wechselmöglichkeit**

Damit Sie flexibel bleiben, haben Sie während der Vertragslaufzeit die Möglichkeit, von Tarif Pflege3 in den Tarif Pflege2+3 zu wechseln:

- mit Vollendung des 55. Lebensjahres,
- zehn Jahre nach Versicherungsbeginn, sofern Sie dann noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet haben.

Dieser Wechsel erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit.

› **Anpassung des Pflegegeldes an die Inflation**

Bis zum Alter von 59 Jahren kann das Pflegegeld erhöht werden, und das ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit.

› **Keine Wartezeit bei Unfall**

Die reguläre Wartezeit beträgt drei Jahre, diese entfällt für Sie jedoch bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit.



PflegePlus – Ihr Monatsbeitrag

Hinweis:

- Das monatliche Pflegegeld beträgt mindestens 600 Euro (= Mindestsatz: 20 Euro/Tag).
- Das monatliche Pflegegeld kann maximal auf 3.000 Euro erhöht werden (= Höchstsatz: 100 Euro/Tag).

Eintrittsalter*	Pflege3		Pflege2+3	
	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**
0–14	0,68		1,50	
15–20	0,68		1,50	
21	2,40		4,89	
22	2,48		5,06	
23	2,57		5,25	
24	2,65		5,44	
25	2,74		5,63	
26	2,84		5,84	
27	2,93		6,05	
28	3,03		6,27	
29	3,14		6,49	
30	3,24		6,73	
31	3,36		6,97	
32	3,48		7,23	
33	3,60		7,49	
34	3,73		7,76	
35	3,86		8,04	
36	4,00		8,32	
37	4,14		8,62	
38	4,29		8,92	
39	4,44		9,23	

* Das Eintrittsalter berechnet sich als Beginnjahr abzüglich Geburtsjahr.

** Monatlicher Beitrag pro 10 Euro Pflegegeld pro Tag bzw. 300 Euro Pflegegeld pro Monat.

Eintrittsalter*	Pflege3		Pflege2+3	
	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**	Monatsbeitrag in EUR**
40	4,59		9,56	
41	4,75		9,89	
42	4,92		10,24	
43	5,09		10,60	
44	5,28		10,97	
45	5,46		11,37	
46	5,66		11,77	
47	5,86		12,20	
48	6,07		12,64	
49	6,30		13,10	
50	6,53		13,59	
51	6,77		14,10	
52	7,03		14,63	
53	7,29		15,19	
54	7,58		15,77	
55	7,60		16,39	
56	7,90		17,04	
57	8,22		17,73	
58	8,55		18,45	
59	8,91		19,22	
60	9,29		20,04	

Die Beiträge ab 61 Jahre finden Sie im Internet unter:
www.envivas.de/pflege.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



> PflegeXtra

> PflegeAktiv



Rund um
die Uhr
für Sie da



PflegeXtra – der Extra-Service im Pflegefall

Mit dem Tarif PflegeXtra möchten wir Sie entlasten: Im Pflegefall können Sie sich an ausgebildete Pflegemanager wenden – 365 Tage im Jahr rund um die Uhr.

Und zwar nicht erst ab Feststellung des Pflegegrades, sondern ab dem Zeitpunkt, an dem Sie den Antrag auf Pflegeleistung bei der Techniker Krankenkasse stellen. Der Pflegemanager steht Ihnen auch zur Verfügung, wenn Ihre bei der Techniker Krankenkasse mitversicherten Kinder pflegebedürftig werden.

Der Tarif PflegeXtra ist ein Ergänzungstarif. Er kann nur in Verbindung mit dem Tarif PflegeAktiv und/oder PflegePlus abgeschlossen werden.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



PflegeXtra – Ihre Vorteile im Überblick

- **Vermittlung und Beauftragung von**
 - ambulanten Pflegediensten
 - Einkaufs- oder Haushaltshilfen
 - „Essen auf Rädern“
 - Kurzzeitpflege
 - stationärer Pflege im Pflegeheim
- **24-Stunden-Service**

In der Regel erhalten Sie innerhalb von 24 Stunden die Unterstützungsleistung, die Sie benötigen. Sonn- und feiertags erfolgt die Vermittlung ggf. erst am nächsten Werktag.
- **Vor-Ort-Beratung**

Die Pflegemanager sind am Telefon für Sie da. Bei Bedarf kommen sie aber auch zu Ihnen nach Hause und analysieren gemeinsam mit

Ihnen, welche Unterstützungsleistungen Sie benötigen.

- **Nur 1 Euro extra**

Für den Tarif PflegeXtra zahlen Sie nur 1 Euro im Monat zusätzlich zu Ihrem PflegeAktiv- und/oder PflegePlus-Beitrag.

Hinweis: Voraussetzung für den Abschluss von PflegeXtra ist der Abschluss des Tarifs PflegeAktiv und/oder PflegePlus.

Der Tarif PflegeXtra ist ein Ergänzungstarif. Er kann nur in Verbindung mit dem Tarif PflegeAktiv und/oder PflegePlus abgeschlossen werden.

Persönlichen Beitrag berechnen und online beantragen



➤ PflegeAktiv

➤ PflegePlus



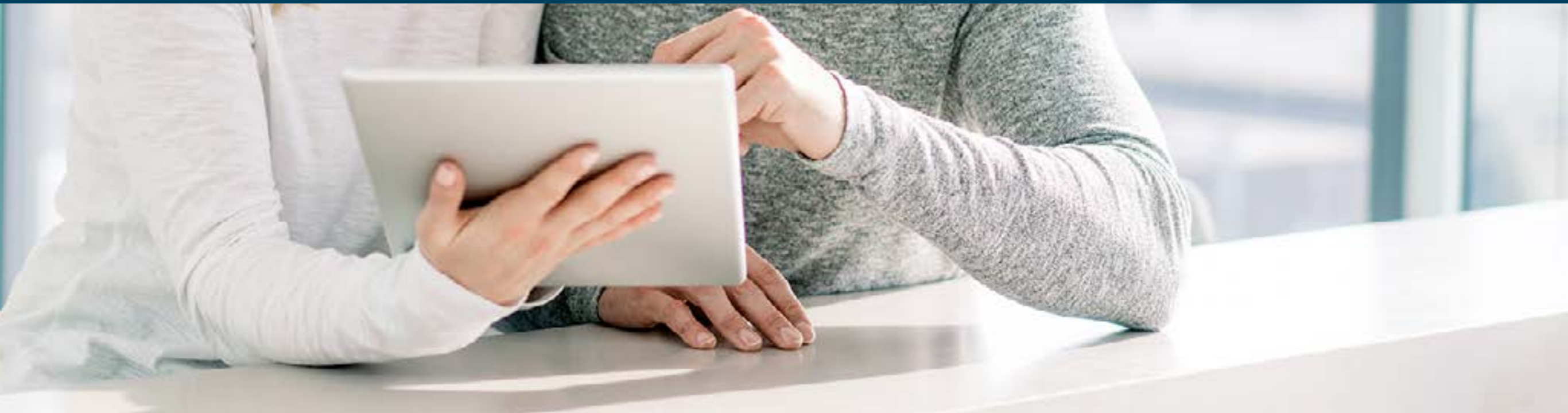
Exzellenter Service – zufriedene Kunden

Wir stehen Ihnen zur Seite – schnell, kompetent und unbürokratisch. Denn Service heißt für uns: Ihre Ansprechpartner sind zur Stelle, wenn Sie sie brauchen.

- › individuelle Antwort innerhalb von 24 Stunden
- › kostenfreier Rückrufservice
- › unkomplizierte Leistungsabrechnung
- › flexible Unterstützung bei allen Fragen

Der TÜV SÜD bestätigt der Envivas zum zehnten Mal in Folge kundenorientierten Service. Die Envivas wurde für ihren exzellenten Service erneut mit dem Siegel „ServiceExcellence“ (Zertifizierung 2023) ausgezeichnet. Mehr Infos unter www.envivas.de/tuev





Jetzt online beantragen

Sichern Sie sich das Plus an Leistungen für Ihre Pflege ganz komfortabel. Das Antragsformular ist jederzeit einfach und schnell online auszufüllen.

**Persönlichen Beitrag berechnen
und online beantragen**



Wichtige Vertragsunterlagen PflegeAktiv

1. Informationsblatt zu
Versicherungsprodukten
2. Allgemeine Versicherungs-
bedingungen (AVB)
3. Kundeninformation
4. Allgemeine Datenschutzhinweise
für Kunden und Interessenten der
Envivas Krankenversicherung AG
5. Widerrufsbelehrung

Wichtige Vertragsunterlagen PflegePlus

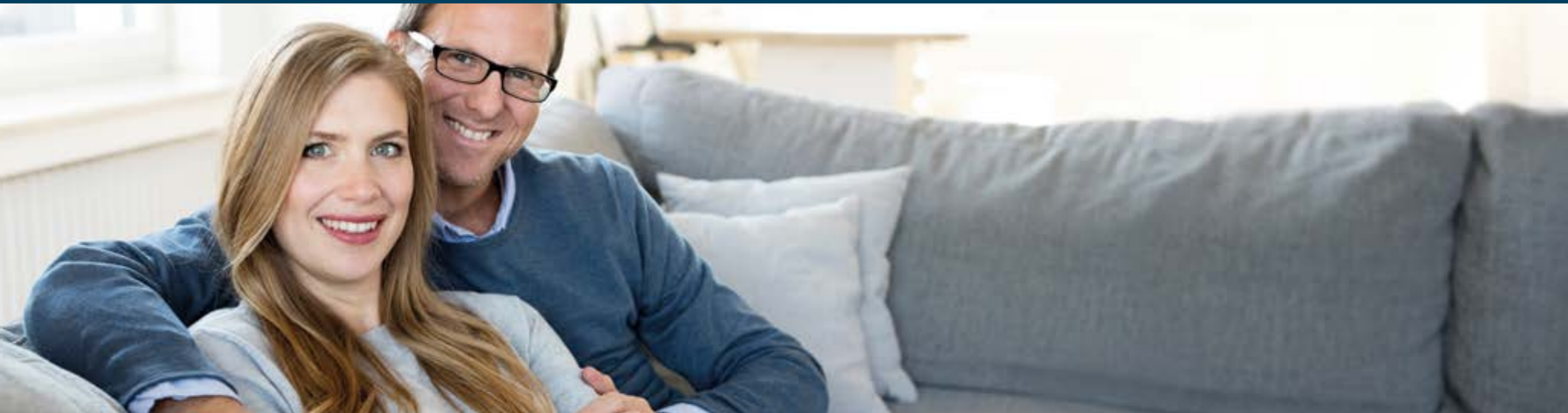
1. Informationsblatt zu
Versicherungsprodukten
2. Allgemeine Versicherungs-
bedingungen (AVB)
3. Kundeninformation
4. Allgemeine Datenschutzhinweise
für Kunden und Interessenten der
Envivas Krankenversicherung AG
5. Widerrufsbelehrung
6. Gesundheitsangaben
7. Wichtige Angaben zur
Anzeigepflicht

Wichtige Vertragsunterlagen PflegeXtra

1. Informationsblatt zu
Versicherungsprodukten
2. Allgemeine Versicherungs-
bedingungen (AVB)
3. Kundeninformation
4. Allgemeine Datenschutzhinweise
für Kunden und Interessentender
Envivas Krankenversicherung AG
5. Widerrufsbelehrung

Hinweis:

Diese Informationen zur Verkaufunterstützung geben Ihnen nur einen Überblick über den möglichen Vertragsinhalt. Ihr konkreter Versicherungsschutz ergibt sich aus Ihren individuellen Vertragsunterlagen, insbesondere aus Ihrem Versicherungsschein und den zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Anbieter und Risikoträger ist die Envivas Krankenversicherung AG.



Die Techniker und Envivas – rundum gut abgesichert

Als Versicherter der [Techniker Krankenkasse](#) sind Sie ausgezeichnete Leistungen gewohnt. Mit privaten Zusatzversicherungen machen Sie den Rundumschutz komplett.

Seit 20 Jahren kooperieren die Envivas und die Techniker, um gemeinsam mehr als Standard zu leisten. In enger Zusammenarbeit haben wir für Sie Tarife entwickelt, die Ihren Versicherungsschutz optimal ergänzen.

Aktuell vertrauen uns mehr als 1,7 Millionen Kunden. Überzeugen auch Sie sich von unserem Plus an Leistung und Service.

In zahlreichen Tests schnitt neben unseren Produkten besonders unser Service sehr gut ab: unkomplizierte Prozesse, ein unbürokratischer Umgang mit Kunden sowie verständliche und transparente Leistungsaussagen.


Für diesen überdurchschnittlichen Service hat der TÜV SÜD 2023 das Zertifikat der „ServiceExcellence“ an die Envivas verliehen (mehr Infos unter www.envivas.de/tuev).








Wir sind jederzeit für Sie da


Sie haben Fragen rund um die Envivas und unsere Krankenzusatzversicherungen?

 **www.envivas.de**
Sie erhalten alle wichtigen Informationen jederzeit schnell und bequem.

 **0221 - 27 14 05 70**
Sie erreichen unsere Experten telefonisch montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr.

 **info@envivas.de**
Gerne beantworten wir Ihre Anfrage auch per E-Mail.

 **www.facebook.com/envivas**
Besuchen Sie uns auf unserer Facebook-Seite!

 **EnvivasApp**
Reichen Sie Ihre Belege schnell, einfach und mobil ein.





Impressum

Envivas Krankenversicherung AG

Gereonswall 68
50670 Köln

Telefon: 0221 - 27 14 05 70

Vorstand:

Uli Rothaufe (Vorsitzender), Nils Heise, Daniel Spooren

Vorsitzender des Aufsichtsrates:

Dr. Robert Wehn

Handelsregister:

Amtsgericht Köln HRB 52059

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn



Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Envivas Krankenversicherung AG
Deutschland

PflegeAktiv

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PflegeAktiv. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2022 und TB/GEPV 2017), dem Tarif PflegeAktiv, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Pflegetagegeldversicherung. Sie bietet Leistungen für den Fall der Pflegebedürftigkeit.



Was ist versichert?

- ✓ Wenn Sie pflegebedürftig werden, zahlen wir Ihnen ein Pflegetagegeld.
- ✓ Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Höhe des versicherten Pflegetagegeldes und dem festgestellten Pflegegrad.
- ✓ Wir zahlen Ihnen

in Pflegegrad 1	10 %
in Pflegegrad 2	20 %
in Pflegegrad 3	30 %
in Pflegegrad 4	60 %
in Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes. Das Pflegetagegeld wird für jeden Monat – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage – nachträglich in 30 Tagessätzen gezahlt.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ Kosten, die Ihnen durch die Pflegebedürftigkeit entstehen, z.B. Rechnungen von ambulanten Pflegediensten oder Pflegeheimen
- ✗ Leistungen, die der Krankheitskostenversicherung zuzuordnen sind



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Tarif sieht eine Wartezeit von fünf Jahren ab Versicherungsbeginn vor. Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf das versicherte Pflegetagegeld.
- ! Bei längeren Auslandsaufenthalten ruhen ggf. die Leistungsansprüche.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in Deutschland.
- ✓ Es bestehen Sonderregelungen für vorübergehende Auslandsaufenthalte.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- › Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zu einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- › Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Besonders wichtig ist, dass Sie uns unverzüglich über den Eintritt, jede Änderung und den Wegfall der ärztlich festgestellten Pflegebedürftigkeit informieren. Außerdem sind Sie verpflichtet, alle erforderlichen Auskünfte auch einem von uns Beauftragten (z.B. einem Gutachter) zu erteilen.



Wann und wie zahle ich?

- › Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig.
- › Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- › Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- › Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.





Wann beginnt und endet die Deckung?

- › Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf der Wartezeit von fünf Jahren.
- › Besteht wegen eines nach Vertragsschluss eintretenden Unfalls Pflegebedürftigkeit, entfällt die Wartezeit.
- › Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- › Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- › Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- › Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.

Tarif „PflegeAktiv“

Inhaltsverzeichnis

Tarif „PflegeAktiv“

	Seite
1. Versichertes Pflegetagegeld.....	22
2. Versicherungsleistungen	22
3. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes.....	22

Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2022, TB/GEPV 2017)

	Seite	Seite	
Versicherungsschutz		Ende der Versicherung	
§ 1 Versicherungsfähigkeit.....	23	§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	26
§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten	23	§ 18 Kündigung durch den Versicherer.....	26
§ 2b Hinweispflichten des Versicherers.....	23	§ 19 Sonstige Beendigungsgründe.....	26
§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes..	23	Sonstige Bestimmungen	
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes	23	§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen.....	27
§ 5 Wartezeit	24	§ 21 Gerichtsstand.....	27
§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht	24	§ 22 Änderungen der Allgemeinen	
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen	24	Versicherungsbedingungen	27
§ 8 Ende des Versicherungsschutzes	24	§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit.....	27
Pflichten des Versicherungsnehmers		§ 24 Kindernachversicherung	27
§ 9 Beitragszahlung.....	24	§ 25 Mehrfachversicherung	28
§ 10 Beitragsberechnung	25	§ 26 Anwartschaft	28
§ 11 Beitragsanpassung.....	25	§ 27 Übergangsregelung	28
§ 12 Überschussbeteiligung	25	Streitschlichtungsstellen	29
§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit.....	25	Auszüge aus Gesetzen	30
§ 14 Obliegenheiten	25		
§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	26		
§ 16 Aufrechnung	26		

Tarif „PflegeAktiv“

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung zur gesetzlichen Pflegeversicherung

Der Tarif PflegeAktiv gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2022), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2017).

Tarif PflegeAktiv bietet Versicherungsschutz im Rahmen einer geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Form eines Pflegetagegeldes.

1. Versichertes Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld kann als Vielfaches von einem Euro pro Tag bzw. als Vielfaches von 30 Euro pro Monat abgeschlossen werden. Das Pflegetagegeld beträgt mindestens 20 Euro pro Tag, dies entspricht einem Pflegemonatsgeld von mindestens 600 Euro.

Das versicherte Pflegetagegeld darf – mit Ausnahme dynamischer Erhöhungen gemäß Nr. 3 – die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach § 43 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI nicht überschreiten.

2. Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Höhe des versicherten Pflegetagegeldes und dem festgestellten Pflegegrad.

Die Envivas zahlt

in Pflegegrad 1	10%
in Pflegegrad 2	20%
in Pflegegrad 3	30%
in Pflegegrad 4	60%
in Pflegegrad 5	100%

des vereinbarten Pflegetagegeldes. Für die Dauer der Pflegebedürftigkeit wird das Pflegetagegeld für jeden Monat – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage – in 30 Tagessätzen nachträglich gezahlt.

3. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

3.1 Zeitpunkt und Umfang

Die Entwicklung der allgemeinen Inflation wird in Abständen von drei Jahren überprüft. Grundlage dieser Überprüfung sind

die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten. Es wird jeweils ein Beobachtungszeitraum von 36 Monaten von Jahresmitte bis Jahresmitte (erstmalig vom 1. Juli 2013 bis 30. Juni 2016) rückblickend betrachtet.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum 1.1. des auf den Beobachtungszeitraum folgenden Jahres, erstmalig zum 1.1.2017. Insofern entfällt die Wartezeit gemäß § 5 Abs. 3 MB/GEPV 2022.

Das versicherte Pflegetagegeld wird entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Inflation angehoben, höchstens jedoch um 10%. Bei der Erhöhung des pro Tag versicherten Pflegetagegeldes wird auf den nächsten vollen Eurobetrag abgerundet.

Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhung mindestens 42 Monate ununterbrochen nach Tarif PflegeAktiv versichert ist.

Die Erhöhung erfolgt auch dann, wenn die versicherte Person bereits Pflegetagegeld nach Tarif PflegeAktiv bezieht.

3.2 Beitrag

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet.

3.3 Wirksamwerden

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden schriftlich über die Erhöhung informiert. Die Erhöhung gilt für jede versicherte Person als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden widerspricht. Der Widerspruch kann sich auf einzelne versicherte Personen beschränken. Widerspricht der Versicherungsnehmer drei Erhöhungen für die versicherte Person in Folge, werden für diese versicherte Person zukünftig keine weiteren Erhöhungen angeboten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung zur gesetzlichen Pflegeversicherung

Teil I: Musterbedingungen 2022 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022) §§ 1–27

Teil II: Tarifbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (TB/GEPV 2017) §§ 1–6

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

- (1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
 - in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
 - für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.
- (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
 - vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
 - das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

- (1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.
- (2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

- (1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagennummer für die förderfähige ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagennummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.
- (2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pfl egetagegeld.
- (2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.
- (3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II: § 1 zu § 4 MB/GEPV 2022 Beginn des Versicherungsschutzes

Die Annahmeerklärung des Versicherers kann auch in Textform erfolgen.

§ 5 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II: § 2 zu § 5 MB/GEPV 2022 Wartezeit

Die Wartezeit entfällt bei Pflegebedürftigkeit, die auf Unfällen nach Vertragsschluss beruht.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5. Wird ein Pflagestagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.
- (2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflagestagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.
Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.
- (3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.
- (4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt

ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

- (2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflagestagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Das Pflegemonats- oder Pflagestagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.
- (5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas Anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil II: § 3 zu § 7 Abs. 2 MB/GEPV 2022 Auszahlung der Versicherungsleistung

Ändert sich die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5, wird für den Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflagestagegeld entsprechend § 7 Abs. 1 und 2 MB/GEPV 2022 gezahlt.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens zehn Euro und der Zulage in Höhe von fünf Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.
- (2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.
- (3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- (6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II: § 4

zu § 9 Abs. 1 MB/GEPV 2022 Beitragszahlung

- (1) Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (2) Für Neugeborene ist der Beitrag vom Tage der Geburt an zu entrichten.
- (3) Für Kinder und Jugendliche ist vom Beginn des Jahres an, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten

Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

- (2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

- (1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:
 - a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
 - b) Anrechnung auf den Beitrag,
 - c) Erhöhung der Leistung oder
 - d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beiträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen.
- (2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen

der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II: § 5

zu § 17 Abs. 1 MB/GEPV 2022 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) **Vertragsdauer**
Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.
- (2) **Versicherungsjahr**
Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die

Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

- (4) §§ 37, 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Teil II: § 6

zu § 19 Abs. 5 MB/GEPV 2022 Sonstige Beendigungsgründe

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die Schweiz wird das Versicherungsverhältnis fortgesetzt.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 21 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an

dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

- (3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

- (1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
- (2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:
 1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
 2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
 3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
 4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
 5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Altersrückstellungen zu zahlen.
 6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

- (1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.
- (2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

- (4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Falle der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

- (1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- (2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.
- (3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.
- (4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.
- (5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.
- (6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).
- (7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11

werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

- (8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.
- (9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

- (1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet.

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

- (2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
- (3) Das Pflegemonats- oder Pflagestagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.
- (4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 festgestellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als diejenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Streitschlichtungsstellen

Meinungsverschiedenheiten und Rechtsweg

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.



Auszüge aus Gesetzen

§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. ²Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

§ 43 SGB XI Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

§ 126 SGB XI Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel



oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 SGB XI Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

§ (1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

§ 128 SGB XI Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die

zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

§ 14 VVG Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 VVG Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer

den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 VVG Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 VVG Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei

Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Envivas Krankenversicherung AG Deutschland

PflegePlus

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PflegePlus. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/Pflegekrankenversicherung 2017), dem Tarif PflegePlus, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Pflegetagegeldversicherung. Sie bietet Leistungen für den Fall der Pflegebedürftigkeit.



Was ist versichert?

- ✓ Wenn Sie pflegebedürftig werden, zahlen wir Ihnen ein Pflegetagegeld.
- ✓ Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Höhe des versicherten Pflegetagegeldes und dem festgestellten Pflegegrad.
- ✓ Bei Pflegebedürftigkeit werden die in der folgenden Tabelle aufgeführten Prozentsätze des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

Pflegebedürftige des	Pflege2+3	Pflege3
Pflegegrades 1	---	---
Pflegegrades 2	---	---
Pflegegrades 3	60 %	---
Pflegegrades 4	80 %	60 %
Pflegegrades 5	100 %	100 %



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in Deutschland.
- ✓ Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten wird bei häuslicher Pflege das Pflegetagegeld für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr gezahlt.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- › Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- › Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit bei einem anderen Versicherer darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden.
- › Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Besonders wichtig ist, dass Sie uns unverzüglich über den Eintritt, jede Änderung und den Wegfall der ärztlich festgestellten Pflegebedürftigkeit informieren. Außerdem sind Sie verpflichtet, alle erforderlichen Auskünfte auch einem von uns Beauftragten (z.B. einem Gutachter) zu erteilen.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ Betreuungsbedarf ohne Pflegebedürftigkeit
- ✗ Kosten, die Ihnen durch die Pflegebedürftigkeit entstehen (z.B. Kosten für ambulante Pflegedienste, Heimunterbringung, Pflegehilfsmittel)
- ✗ Leistungen, die der Krankheitskostenversicherung zuzuordnen sind



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Tarif sieht eine Wartezeit von drei Jahren ab Versicherungsbeginn vor (Entfall bei Unfall). Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf das versicherte Pflegetagegeld.



Wann und wie zahle ich?

- › Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig.
- › Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- › Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.



- › Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- › Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf der Wartezeit von drei Jahren.
- › Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- › Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- › Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- › Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.

Tarif „PflegePlus“

Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur Pflegepflichtversicherung

Der Tarif PflegePlus gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AVB/Pflegekrankenversicherung 2017).

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen,

- a) die das 6. Lebensjahr vollendet haben und
- b) für die eine soziale Pflegepflichtversicherung in Deutschland besteht.

Eine Nachversicherung von Neugeborenen oder adoptierten Kindern ist nach § 2 Abs. 2 bzw. 3 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 auch vor Vollendung des 6. Lebensjahres möglich.

2. Versicherbares Pflegetagegeld

Das versicherbare Pflegetagegeld beträgt mindestens 20 Euro und höchstens 100 Euro.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Das Pflegetagegeld gemäß Nummer 3.2 wird nach Maßgabe des § 6 AVB/ Pflegekrankenversicherung 2017 für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit gezahlt, wenn und solange

- für Versicherte nach Tarif Pflege2+3 Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5,
- für Versicherte nach Tarif Pflege3 Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 4 oder 5

vorliegt.

3.2 Bei Pflegebedürftigkeit werden nach

	Tarif	
	Pflege2+3	Pflege3
in Pflegegrad 1	–	–
in Pflegegrad 2	–	–
in Pflegegrad 3	60 %	–
in Pflegegrad 4	80 %	60 %
in Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

Die Pflegebedürftigkeit ist der Envivas nachzuweisen.

Das Pflegetagegeld wird auch dann gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von sonstigen Pflegepersonen (z. B. Familienangehörigen) vorgenommen wird.

3.3 Erhält der Versicherte Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung, wird bei häuslicher Pflege abweichend von § 5 Abs. 3 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 das

Pflegetagegeld in den ersten vier Wochen einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gezahlt.

Wenn während einer vollstationären Pflege eine vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus notwendig wird, wird das Pflegetagegeld abweichend von § 5 Abs. 3 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 gezahlt, solange hierfür die Pflegepflichtversicherung Leistungen erbringt.

3.4 Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten wird bei häuslicher Pflege das Pflegetagegeld abweichend von § 1 Abs. 8 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr gezahlt.

4. Erhöhung des Pflegetagegeldes aufgrund gestiegener Pflegekosten (Leistungsanpassung)

4.1 Die durchschnittlichen Kosten der Pflege bei Pflegebedürftigkeit werden in Abständen von längstens drei Jahren ermittelt und mit den Durchschnittskosten verglichen, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen. Bei einem Anstieg von mindestens 10 % wird das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend angepasst, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung das sechste Lebensjahr vollendet und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- b) während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung bestand eine Versicherung nach Tarif PflegePlus mit einem vereinbarten Pflegetagegeld in unveränderter Höhe.

4.2 Abweichend von § 3 Abs. 3 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 wird die Erhöhung des Pflegetagegeldes ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeit vorgenommen. Ein für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif PflegePlus vereinbarter Risikozuschlag oder vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten weiter.

4.3 Die Erhöhung des Pflegetagegeldes gilt vom Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens an auch bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall.

4.4 Der Versicherungsnehmer kann die Erhöhung des Pflegetagegeldes innerhalb eines Monats nach dem Wirksamwerden der Erhöhung in Textform ablehnen; sonst gilt diese als angenommen.

4.5 Der Anspruch auf künftige Erhöhungen des Pflegetagegeldes erlischt, wenn der Versicherungsnehmer zwei aufeinanderfolgende Leistungsanpassungen abgelehnt hat.

5. Optionsrecht nach Tarif Pflege3

5.1 Inhalt

Der Versicherungsnehmer kann für nach Tarif Pflege3 versicherte Personen die unmittelbare Umstellung der Versicherung in den Tarif Pflege2+3 verlangen. Dieses Optionsrecht gilt dabei nur in Höhe des bislang abgeschlossenen Pflagegeldes.

Abweichend von § 3 Abs. 3 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 erfolgt die Umstellung ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeit. Das Optionsrecht besteht auch bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall.

5.2 Zeitpunkt der Ausübung

Das Optionsrecht nach Nummer 5.1 besteht einmalig mit Vollendung des 55. Lebensjahres. Wird der Tarif Pflege3 vor Vollendung des 45. Lebensjahres abgeschlossen, besteht ein zusätzliches Optionsrecht nach Ablauf von 120 Monaten seit Beginn der Versicherung nach Tarif Pflege3.

5.3 Frist

Der Antrag auf Umstellung des Versicherungsschutzes muss innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt einer der unter Nummer 5.2 genannten Voraussetzungen vorliegen.

6. Nachweise

Für die Zahlung eines Pflagegeldes nach Nummer 3.3 sind der Envivas die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nachzuweisen.

7. Ergänzende Regelungen im Falle der Einwilligung zur Datenübermittlung durch die Techniker Krankenkasse (TK)

- 7.1 Sofern der Versicherungsnehmer seine Einwilligung in die Datenübermittlung von der TK zur Envivas erteilt, ist er abweichend von den Regelungen in den AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 nicht verpflichtet, die Versicherungsleistung bei der Envivas zu beantragen sowie die Informationen, auf die sich die Einwilligung bezieht, selbst der Envivas mitzuteilen. § 6 Abs. 1 AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 gilt dann mit der Maßgabe, dass der Zeitpunkt der Antragstellung bei der TK von der Envivas als Antragstellungszeitpunkt für die Leistung nach Tarif PflegePlus übernommen wird.
- 7.2 Erteilt der Versicherungsnehmer seine Einwilligung zu der Datenübermittlung der TK nicht oder widerruft sie, wird die TK keine Sozialdaten übermitteln. In diesem Fall kommt Nummer 7.1 nicht zur Anwendung. Gleiches gilt bei Beendigung der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der TK oder bei Beendigung des Kooperationsvertrages zwischen der Envivas und der TK.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Pflegekrankenversicherung (AVB/Pflegekrankenversicherung 2017)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld.
 - (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
 - (3) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 5 festgelegten Schwere bestehen.
 - (4) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:
 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlin-
- kontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter Nr. 1 bis Nr. 6 genannten Bereiche berücksichtigt.
- (5) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 4 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert unter Nr. 1 bis Nr. 6.
- Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:
1. Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

- (6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Abätze 4 und 5 entsprechend, wobei pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten bis zur Vollendung des 18. Monats davon abweichend wie folgt eingestuft werden:
 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.
- (7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (8) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
- (9) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 10 Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertra-

ges eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit (§ 3) mit Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Die Leistungen für vollstationäre Pflege werden erbracht bei ganztägigem Aufenthalt (24 Stunden) in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (z. B. Pflegeheimen, Pflegeabteilungen in Altenheimen), in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft ganztägig gepflegt werden.
- (3) Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Wegfall der Pflegebedürftigkeit.
- (4) Ändert sich der Pflegegrad während des Leistungsbezugs, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.
- (5) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- (1) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
- (2) für Versicherungsfälle, die vorsätzlich selbst herbeigeführt sind oder auf Sucht beruhen oder die auf einen Selbsttötungsversuch zurückzuführen sind. Die Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Selbsttö-

tungsversuch in einem die Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist,

- (3) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, bei stationären Kur- und Sanatoriumsaufenthalten und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass die Unterbringung ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht,
- (4) bei Pflege in Einrichtungen, die der Versicherer aus wichtigem Grunde vom Versicherungsschutz ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Ausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- (2) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beantragung von Versicherungsleistungen in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung versichert, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad maßgebend und vom Antragsteller nachzuweisen. Entsprechendes gilt bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades
Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beantragung von Versicherungsleistungen nicht in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung versichert, sind Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und Fortdauer durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchung kann auch der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern. Die Untersuchung der versicherten Person kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn die Beurteilung nach Aktenlage möglich ist. Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Nachweise müssen spezifiziert sein. Insbesondere müssen sie enthalten: Vor- und Zunamen der pflegebedürftigen Person, Pflegegrad sowie die Art der Pflege (häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege). Soweit Nachweise für die Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

- (4) Das Pflagegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Kundeninformation).
- (6) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (7) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut, bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht ge-

zahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

- (4) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (5) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.
- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach schriftlicher Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.

- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 14. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend dem Eintrittsalter von 15 – 20 Jahren und für Jugendliche ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 21 Jahren zu entrichten.
- (3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:
 - in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,
 - das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (5) Liegt bei Vertragsänderung ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 11 Beitragsanpassung

- (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. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforder-

lichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. für die Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

§ 13 Obliegenheiten

- (1) Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- (2) Ab dem Zeitpunkt des tariflichen Leistungsbeginns sind ferner anzuzeigen:
 - a) jede stationäre Krankenhausbehandlung,
 - b) jede stationäre Rehabilitationsmaßnahme,
 - c) jede stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung,
 - d) jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung,
 - e) jeder Auslandsaufenthalt.
- (3) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfan-

ges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit dafür zu sorgen, dass die Pflegebedürftigkeit gemindert wird. Sie hat ferner alle Handlungen zu unterlassen, die einer Minderung oder einem Wegfall der Pflegebedürftigkeit entgegenstehen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
- (7) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäftsbzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte, ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 13 Abs. 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Darüber hinaus kann der Versicherer bei Verletzung der in § 13 Abs. 6 genannten Obliegenheit den Vertrag unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 15 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 16 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Pflegekrankenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Ein-

tritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 21 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (8) Soweit die Pflagegeldversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 17 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 18 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tode des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat außerhalb des Tätigkeitsgebiets des Versicherers, außerhalb der Europäischen Union und außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 19 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 20 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 21 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch

eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 22 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

- (1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

- (2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherte Person (§ 6 Abs. 6) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
- (3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Das Pflegetagegeld wird jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 9 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.



Streitschlichtungsstellen

Meinungsverschiedenheiten und Rechtsweg

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Envivas Krankenversicherung AG Deutschland

PflegeXtra

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PflegeXtra. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PflegeXtra), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um einen Tarif mit Serviceleistungen bei Pflegebedürftigkeit in Ergänzung zur bestehenden Pflegetagegeldversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall (Pflegefalle) hat der Versicherte Anspruch auf Benennung und Vermittlung von Dienstleistungen für
 - › die Begleitung zu Arzt- und Behördengängen
 - › Fahrdienste zu Arzt- und Behördengängen, Krankengymnastik sowie sonstigen Therapien
 - › die Anlieferung von Mahlzeiten (z. B. „Essen auf Rädern“)
 - › die Besorgung der Einkäufe des täglichen Bedarfs und der Arzneimittel. Dies umfasst auch die Zusammenstellung des Einkaufszettels sowie die Lagerung der eingekauften Lebensmittel.
 - › die Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine Haushaltshilfe kann bei Bedarf das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie die Schuhpflege und die Reinigung der Wohnung erledigen.
 - › die Haustierbetreuung und Haustierunterbringung. Je nach regionaler Verfügbarkeit kann das Haustier in einer Tierpension oder einem Tierheim in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person vermittelt werden, die die Betreuung des Haustieres in der Wohnung übernimmt.
 - › den bedarfsgerechten Umbau der Wohnung und/oder des Kraftfahrzeugs
 - › Umzüge und/oder Wohnungsauflösung
 - › Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Badewannenlifter) und technische Hilfen (z. B. Installation einer Hausnotrufanlage)
 - › Pflegekurse für Pflegepersonen
 - › soziale Besuchsdienste (z. B. Vorlesen, Spazieren gehen)
 - › die Haus-, Garten- und Grundstückspflege einschl. Winterdienst
 - › häusliche Pflege
 - › teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) und Kurzzeitpflege
 - › vollstationäre Pflege (z. B. Pflegeheim, Altenheim, Seniorenwohnheim)
 - › Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- ✓ Bei Unklarheiten einzelner Passagen in einem Heimvertrag erfolgt darüber hinaus telefonische Unterstützung. Bei Rechtsfragen erfolgt auf Wunsch die Vermittlung eines spezialisierten Rechtsanwalts.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ Die Kosten der Dienstleistung selbst (z. B. für „Essen auf Rädern“, die Haushaltshilfe oder die Haustierbetreuung)
- ✗ Die Kosten der der Inanspruchnahme empfohlener Rechtsanwälte
- ✗ für ambulante Pflegedienste, Heimunterbringung, Pflegehilfsmittel, Inkontinenzartikel, usw.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Tarif sieht eine Wartezeit von drei Jahren ab Versicherungsbeginn vor (Entfall bei Unfall). Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf die Serviceleistungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland, d.h. wir benennen und vermitteln entsprechende Dienstleister in Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- › Die bei gleichzeitiger Beantragung einer ergänzenden Pflegekrankenversicherung im Antrag bzw. der Anfrage gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich zu beantworten. Dies gilt auch für Erkrankungen und Beschwerden, die Sie für unwesentlich halten.
- › Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Besonders wichtig ist, dass Sie uns im Versicherungsfall



- eine Bescheinigung über Leistungen der Pflegekasse vorlegen sowie
- den Zeitpunkt des Endes des Leistungsbezugs in der Pflegekasse nachweisen.

Bei Bedarf ist auch der Zeitpunkt der Antragsstellung bei der Pflegekasse und das Ergebnis der dortigen Antragsprüfung nachzuweisen bzw. vorzulegen.



Wann und wie zahle ich?

- › Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig.
- › Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- › Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- › Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- › Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf der Wartezeit von drei Jahren.
- › Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- › Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- › Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- › Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.

Tarif „PflegeXtra“

Serviceleistungen bei Pflege

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB PflegeXtra)

1. Versicherungs- und Aufnahmefähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif PflegeXtra sind Personen, für die Versicherungsschutz nach einer ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas besteht.

1.2 Aufnahmefähigkeit

Der Tarif PflegeXtra kann gleichzeitig mit oder bis zu 36 Monate nach dem Beginn der ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas abgeschlossen werden.

2. Versicherungsschutz

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

2.2 Wartezeit

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an und beträgt drei Jahre. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

2.3 Versicherungsfall

2.3.1 Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn

- › eine versicherte Person oder
- › dessen bei der Techniker Krankenkasse im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 SGB V mitversichertes Kind wegen eigener Pflegebedürftigkeit oder eigener gesundheitlicher Beeinträchtigung (z. B. wegen Demenz) Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegekasse) bezieht.

2.3.2 Als Versicherungsfall gilt bereits die Beantragung vorgenannter Leistungen bei der Pflegekasse.

2.4 Versicherungsleistungen

2.4.1 Im Versicherungsfall besteht Anspruch auf eine qualifizierte Bedarfsanalyse im Hinblick auf die nach Nr. 2.4.4 versicherten Leistungen. Auf der Grundlage dieser Analyse benennt und vermittelt die Envivas entsprechende Dienstleister in Deutschland.

2.4.2 Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes nach Tarif PflegeXtra.

2.4.3 Analyse, Benennung und Vermittlung erfolgen telefonisch und bei Bedarf auch persönlich durch einen Pflegemanager.

2.4.4 Gemäß Nr. 2.4.1 benennt und vermittelt die Envivas Dienstleister für:

- › die Begleitung zu Arzt- und Behördengängen
- › Fahrdienste zu Arzt- und Behördengängen, Krankengymnastik sowie sonstigen Therapien
- › die Anlieferung von Mahlzeiten (z. B. „Essen auf Rädern“)
- › die Besorgung der Einkäufe des täglichen Bedarfs und der Arzneimittel. Dies umfasst auch die Zusammenstellung des Einkaufszettels sowie die Lagerung der eingekauften Lebensmittel.
- › die Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine Haushaltshilfe kann bei Bedarf das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie die Schulpflege und die Reinigung der Wohnung erledigen.
- › die Haustierbetreuung und Haustierunterbringung. Je nach regionaler Verfügbarkeit kann das Haustier in einer Tierpension oder einem Tierheim in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person vermittelt werden, die die Betreuung des Haustieres in der Wohnung übernimmt.
- › den bedarfsgerechten Umbau der Wohnung und/oder des Kraftfahrzeugs
- › Umzüge und/oder Wohnungsauflösung
- › Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Badewannenlifter) und technische Hilfen (z. B. Installation einer Hausnotrufanlage)
- › Pflegekurse für Pflegepersonen
- › soziale Besuchsdienste (z. B. Vorlesen, Spazieren gehen)
- › die Haus-, Garten- und Grundstückspflege einschl. Winterdienst
- › häusliche Pflege
- › teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) und Kurzzeitpflege
- › vollstationäre Pflege (z. B. Pflegeheim, Altenheim, Seniorenwohnheim)
- › Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Bei Unklarheiten einzelner Passagen in einem Heimvertrag erfolgt darüber hinaus telefonische Unterstützung. Bei Rechtsfragen erfolgt auf Wunsch die Vermittlung eines spezialisierten Rechtsanwalts.

2.4.5 Die Dienstleister werden innerhalb von 24 Stunden benannt oder vermittelt. An Sonn- und Feiertagen kann die Vermittlung ggf. erst am darauffolgenden Werktag erfolgen.

Bei der Benennung und Vermittlung werden regionale oder persönliche Präferenzen des Pflegebedürftigen nach Möglichkeit berücksichtigt.

Je nach Verfügbarkeit werden ein oder mehrere Dienstleister benannt.

2.5 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht

- für zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits eingetretene oder unmittelbar absehbare Pflegebedürftigkeit oder gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne von Nr. 2.3.1 sowie bei zu diesem Zeitpunkt beantragten Leistungen der Pflegekasse,
- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind,
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen oder die auf einen schuldhaft herbeigeführten Selbsttötungsversuch zurückzuführen sind.

2.6 Ende der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht der Envivas endet,

- im Fall der Nr. 2.3.1 mit dem Ende des Leistungsbezugs in der Pflegekasse
- im Fall der Nr. 2.3.2 mit der Feststellung der Pflegekasse, dass dort kein Leistungsanspruch besteht.

2.7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

3. Vertragliche Obliegenheiten

- 3.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, der Envivas unverzüglich im Fall der Nr. 2.3.1

- eine Bescheinigung über Leistungen der Pflegekasse
- den Zeitpunkt des Endes des Leistungsbezugs in der Pflegekasse,

im Fall der Nr. 2.3.2

- den Zeitpunkt der Antragstellung bei der Pflegekasse
- das Ergebnis der Antragsprüfung durch die Pflegekasse

in Textform vorzulegen bzw. nachzuweisen.

- 3.2 Die Envivas ist nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Nr. 3.1 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

4. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 4.1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.
- 4.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

- 4.3 Erhöht die Envivas die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. Nr. 8.1) oder vermindert sie ihre Leistungen (vgl. Nr. 8.2), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung in Textform kündigen.

- 4.4 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

5. Kündigung durch die Envivas

Die Envivas verzichtet auf eine ordentliche Kündigung von einzelnen Versicherungsverhältnissen. Sie kann jedoch für den Gesamtbestand aller nach Tarif PflegeXtra versicherten Personen das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

In diesem Fall werden für den Tarif PflegeXtra zurückgestellte Beträge auf diese Versicherten verteilt. Die anteiligen Rückstellungsbeträge werden beitragsmindernd in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas angerechnet. Nähere Einzelheiten regeln die technischen Berechnungsgrundlagen. Eine Auszahlung der Beträge aus der Rückstellung ist ausgeschlossen.

6. Sonstige Beendigungsgründe

- 6.1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.
- 6.2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 6.3 Das Versicherungsverhältnis endet mit Beendigung der ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas.

7. Beitrag

7.1 Monatlicher Beitrag

Der Beitrag für die Versicherung nach Tarif PflegeXtra beträgt 1 Euro je versicherte Person und Monat.

7.2 Beitragsfälligkeit

Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Dieser ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

8. Änderung der Beiträge und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

8.1 Beitragsänderung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der Envivas z. B. wegen steigender Kosten pro Versicherungsfall oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ändern. Außerdem können sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages die Sterblichkeiten ändern. Dementsprechend ist die Envivas bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung der erforderlichen Versicherungsleistungen oder bei einer Änderung der Sterblichkeit gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlage überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.

8.2 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Envivas ist berechtigt, den Tarif PflegeXtra mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu ändern, wenn und soweit dies zur Wahrung der Interessen der Versicherten geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn einzelne zu vermittelnde Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angeboten werden oder neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar werden.

8.3 Wirksamkeit

Die Änderungen nach den Nrn. 8.1 und 8.2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.



Streitschlichtungsstellen

Meinungsverschiedenheiten und Rechtsweg

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Kundeninformation

Allgemeine Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas

Wir freuen uns, dass Sie sich als Versicherter der Techniker Krankenkasse (TK) für eine private Ergänzungsversicherung der Envivas interessieren. Im Rahmen der exklusiven Kooperation ermöglicht die TK ihren Versicherten den Abschluss privater Zusatzversicherungen der Envivas, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bedarfsgerecht zu einem besonders vorteilhaften Preis-Leistungs-Verhältnis ergänzen.

Wir möchten unseren Kunden größtmögliche Transparenz bei allen Fragen und Entscheidungen rund um das Thema private Krankenversicherung bieten. Im Folgenden erhalten Sie deshalb die wesentlichen Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas.

Verzeichnis der weiteren Informationen

Belehrung über Ihr Widerrufsrecht	Seite 56
Die Envivas Card	Seite 58
Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	Seite 59
Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	Seite 62
Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	Seite 62
Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	Seite 62
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	Seite 64
Allgemeine Datenschutzhinweise für Kunden und Interessenten der Envivas Krankenversicherung AG	Seite 65
Liste der Dienstleister	Seite 68
Informationen zur Kooperation zwischen der Envivas und der TK	Seite 69

1. Identität des Versicherers

Ihr Versicherer ist die Envivas Krankenversicherung AG (nachfolgend: Envivas). Die Envivas ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Köln. Sie ist unter der Handelsregisternummer HR B 52059 beim Amtsgericht Köln eingetragen.

Gesetzlicher Vertreter der Envivas ist der Vorstand. Dieser wird vertreten durch die Vorstandsmitglieder Uli Rothaufe (Vors.), Nils Heise und Daniel Spooen.

Vorsitzender des Aufsichtsrats ist Dr. Robert Wehn.

2. Ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der Envivas lautet:

Envivas Krankenversicherung AG
 Gereonswall 68
 50670 Köln
 Telefon: 0221 - 27 14 05 70
 E-Mail: info@envivas.de

3. Hauptgeschäftstätigkeit

Die Envivas betreibt die Krankenversicherung.

4. Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wenden.

Das Bundesministerium für Finanzen hat der Medicator AG die Aufgaben eines Sicherungsfonds übertragen. Die Medicator AG hat damit im Fall der Insolvenz des Krankenversicherungsunternehmens die Aufgabe, Ihre Rechte zu schützen.

5. Vertragsrelevante Unterlagen / Merkmale der Versicherungsleistungen

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- Das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten** enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- Der **Tarif** beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Der von Ihnen zu unterzeichnende verbindliche **Antrag** oder die unverbindliche **Anfrage** (vgl. Nr. 9.1) dient insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes und der Beantwortung der Gesundheitsfragen.
- Falls Sie zunächst eine unverbindliche Anfrage an uns gerichtet haben, unterbreiten wir Ihnen anschließend ein für uns verbindliches **Angebot** (vgl. Nr. 9.1), das Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen können.
- Im **Versicherungsschein** (der Police) dokumentieren wir den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Nebenabreden (z. B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn sie von der Envivas schriftlich bestätigt werden.

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen sind folgende:

In der **Krankheitskostenversicherung** ersetzt die Envivas im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde. Dem Tarif KlinikFlex liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/KK 2024 zugrunde.

In der **Krankenhaustagegeldversicherung** zahlt die Envivas das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) und die Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde.

In der **Krankentagegeldversicherung** ersetzt die Envivas den Verdienstausfall bis zur Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, wenn durch Krankheit oder Unfall Arbeitsunfähigkeit eintritt. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KT 09) zugrunde.

In der **Pflegekrankenversicherung** zahlt die Envivas im Fall der Pflegebedürftigkeit das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung). Als Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Pflegetagegeldversicherung liegen die AVB/Pflegekrankenversicherung 2017 zugrunde. In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung liegen die MB/GEPV 2022 sowie die TB/GEPV 2017 zugrunde. Bei zusätzlicher Vereinbarung des Ergänzungstarifs PflegeXtra zur Pflegekrankenversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB PflegeXtra.

5.3 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald uns alle erforderlichen Unterlagen eingereicht wurden und wir die notwendige Prüfung durchgeführt haben. Die Leistung der Envivas erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages.

6. Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)

Die Beiträge werden im Antrag bzw. Angebot sowie im Versicherungsschein für jede Person und jeden Tarif einzeln aufgeführt. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Risikozuschläge, werden wir diese – soweit sie nicht bereits im Antrag bzw. Angebot enthalten sind – gesondert schriftlich mit Ihnen vereinbaren.

7. Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an erhoben. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, wird aber in der Regel in monatlichen Beitragsraten gezahlt. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist mit Versicherungsbeginn zu zahlen, frühestens jedoch 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, gilt der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot (inkl. der Beiträge) gilt für sechs Wochen ab dem Zeitpunkt der Übergabe der Vertragsinformationen.

9. Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist

9.1 Zustandekommen des Vertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie der Versicherungsvertrag geschlossen werden kann:

- „Antragsmodell“
Sie unterzeichnen den Antrag, nachdem Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, erhalten Sie den Versicherungsschein.
- „Invitativmodell“
Sie unterzeichnen die Anfrage, bevor Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. In diesem Fall gilt Ihre Erklärung nur als unverbindliche Aufforderung an uns, Ihnen ein Versicherungsangebot zu unterbreiten. Nach Risikoprüfung durch uns erhalten Sie ein individuelles Angebot mit allen Unterlagen. Dieses können Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen.

In beiden Modellen kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn wir Sie mit den nach Nr. 5 genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und Ihr Widerrufsrecht (siehe Nr. 10) nicht ausgeübt haben.

9.2 Bindefrist

Eine Frist, innerhalb derer Sie an Ihren Antrag gebunden sind (Bindefrist), gibt es nur im Antragsmodell. Sie beträgt sechs Wochen ab Antragstellung.

10. Widerrufsrecht

Ihnen steht ein gesetzliches Widerrufsrecht zu. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Belehrung über Ihr Widerrufsrecht auf Seite 4.

11. Vertragslaufzeit

Sofern sich aus dem Tarif nichts anderes ergibt, wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann erstmals zum Ablauf der Mindestvertragsdauer und danach zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Es gelten folgende Mindestvertragslaufzeiten:

- › in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre
- › in der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr
- › in der Pflegekrankenversicherung ein Versicherungsjahr
- › in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zwei Versicherungsjahre

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

12. Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z. B. Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 205 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Seite 9) sowie den inhaltsgleichen Regelungen in den AVB.

13. Anwendbares Recht

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

14. Sprachen

Die Envivas kommuniziert mit Ihnen in deutscher Sprache.

15. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten unmittelbar an unseren Kundenservice (Tel. 0221 - 27 14 05 70). Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an den

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. An dem Streitbeilegungsverfahren des Ombudsmanns nehmen wir teil. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die

Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

16. Aufsichtsbehörde

Private Krankenversicherungsunternehmen unterliegen in Deutschland der staatlichen Aufsicht durch die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
www.bafin.de

Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich auch an diese Aufsichtsbehörde wenden.



Belehrung über Ihr Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**Envivas Krankenversicherung AG,
Gereonswall 68, 50670 Köln.**

Ein Widerruf per E-Mail ist möglich
an die E-Mail-Adresse: kundenservice@envivas.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um [einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/365 des Jahresbeitrages. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist,

während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht,
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Die Envivas Card

Sofern Sie nach den Tarifen KlinikFlex, KlinikSpezial oder StarterPlus versichert sind, erhalten Sie unsere Envivas Card. Diese weist Sie im Krankenhaus als Privatpatient oder Privatpatientin aus.

Ihre Vorteile bei Nutzung der Envivas Card

- Ihre Versicherungsdaten können in der Klinik schnell, problemlos und sicher in den Computer eingelesen werden.
- Der gewählte Versicherungsschutz in Bezug auf die Art der Unterbringung (Ein- oder Zweibettzimmer) lässt sich bei Aufnahme im Krankenhaus auf einen Blick erfassen.
- Bei stationären Aufenthalten rechnen die Krankenhäuser die Unterbringungskosten direkt mit der Envivas ab – entsprechend dem vereinbarten Versicherungsschutz. Vorauszahlungen durch Sie sind nicht erforderlich.

Ändern sich der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes oder Ihre persönlichen Daten, erhalten Sie automatisch eine neue Envivas Card. Bei Beschädigung oder Verlust sorgen wir selbstverständlich für Ersatz. Sie können die Karte telefonisch in unserem KundenService unter der Telefonnummer 0221 - 27 14 05 70 anfordern.

Die Envivas Card ist Eigentum der Envivas und darf nach Beendigung des Versicherungsschutzes nicht mehr benutzt werden.

Envivas Card und Datenschutz

Im Bereich der Krankenhausbehandlung ist mit der Envivas Card eine Kostenübernahmegarantie im tariflichen Umfang für die Kosten der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer verbunden. Die Karte enthält einen Mikrochip, auf dem folgende Daten gespeichert sind

- Name und Nummer des Versicherungsunternehmens,
- Name, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versicherungsnummer und Personenummer,
- Gültigkeitsdauer der Karte,

die mit Hilfe eines Kartenlesegerätes abgerufen und so zur Rechnungserstellung genutzt werden können.

Ein Teil dieser Daten ist auch auf der Kartenvorderseite zu sehen. Außerdem ist der Umfang des jeweiligen stationären Versicherungsschutzes angegeben. Zusätzliche Angaben, wie z. B. medizinische Behandlungsdaten, können auf dem Chip nicht gespeichert werden, auch nicht vom Krankenhaus. Die Informationen sind geschützt und wurden von den Datenschutzbeauftragten der Länder geprüft.

Die Daten auf der Karte sind nicht veränderbar, weil sie mit einem Schreibschutz versehen sind.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat vor dem Hintergrund der elektronischen Datenübermittlung mit den für die Produktion der Karten beauftragten Herstellern eine vertragliche Vereinbarung über die ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen sowie über die Einhaltung der Sorgfaltspflicht zum Datenschutz getroffen. Mit Auftragsvergabe und Vertragsabschluss wurden die beauftragten Dienstleister – ungeachtet der ihnen ohnehin schon obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen – von den privaten Krankenversicherungen zum Datenschutz verpflichtet. Sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes beachten und dürfen die an sie weitergeleiteten Daten nicht an Dritte weitergeben oder unbefugt, d.h. zu einem anderen als dem jeweiligen rechtmäßigen, zur Auftragserfüllung gehörenden Zweck verarbeiten oder nutzen. Sollten Sie dennoch der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum) an ein Dienstleistungsunternehmen nicht zustimmen, genügt eine Mitteilung an uns. Wir werden dann Ihre Daten nicht weitergeben und somit die Herstellung der Karte unterbinden.

Der Einsatz der Envivas Card ist freiwillig, d.h. es ist Ärzten und Versicherten freigestellt, ob sie die Karte benutzen möchten oder nicht. Die Envivas Card ist ein Serviceangebot an alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.
- (2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

[...]

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

[...]

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der

Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
 - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
 - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;
- ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;
2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.
- Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.
- (2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.
- (3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflegepflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
- (4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.
- (5) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.
- § 205 Kündigung des Versicherungsnehmers**
- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.
- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den

- Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) – Stand: 21.12.2018

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- [...]
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
- [...]
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§152 Basistarif

- (1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches

§150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

[...]

Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu

vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikorechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.



Allgemeine Datenschutzhinweise für Kunden und Interessenten der Envivas Krankenversicherung AG

Mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Envivas Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte geben Sie die Informationen auch den aktuellen und künftigen vertretungsberechtigten Personen und wirtschaftlich Berechtigten sowie etwaigen mitversicherten Personen und sonstigen Beteiligten weiter.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Envivas Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Telefon 0221 - 27 14 05 70
E-Mail info@envivas.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter:

datenschutzbeauftragter@envivas.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Fordern Sie Informationen z. B. zu unserem Unternehmen oder zu Produkten oder Leistungen unseres Unternehmens an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Bearbeitung Ihres Anliegens. Falls Sie eine Beratung wünschen, benötigen wir Ihre Angaben zur Weitergabe an unseren Vertriebspartner.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen zur Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.envivas.de/dsgvo abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Grund und zum Umfang einer medizinischen Behandlung benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist und inwieweit ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

Die Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist

Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs.1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs, einschließlich des Trainings und der Weiterentwicklung technischer Systeme,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe,
- zur Anonymisierung von Daten, z.B. um daraus Statistiken zu erstellen,
- zu einer passgenauen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Auf Basis Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO informieren wir Sie mittels personalisierter E-Mails sowie ggf. telefonisch über Produkte und Services und befragen Sie auf gleichem Wege zu Ihrer Kundenzufriedenheit. In diesem Zusammenhang analysieren wir Ihr Nutzungsverhalten im Hinblick auf erhaltene E-Mails. Das bedeutet: wir verwenden E-Mails, die sog. Zählpixel enthalten. Dadurch können wir feststellen, ob Sie unsere Mail geöffnet sowie ggf. genutzt haben. Z. B. können wir nachvollziehen, welche Elemente innerhalb der E-Mail, d.h. Logos, Buttons, Links etc. Sie angeklickt haben und wie lange Sie in bestimmten Bereichen der E-Mail verweilt. Diese Informationen werten wir aus, um sie anschließend für zukünftige E-Mails zu berücksichtigen, d.h. um für Sie nicht interessante Informationen herauszufiltern und Ihnen auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmte Benachrichtigungen zukommen lassen zu können.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen können Sie von unserem Rückversicherer, der Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, 81737 München erhalten.

Vermittler

Soweit sich im Rahmen der Bearbeitung Ihres Anliegens die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines Vermittlers ergibt, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Gleiches gilt, wenn Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten oder von Erklärungen, die mehrere Unternehmen unserer Gruppe betreffen (z. B. Einwilligungen oder Widerrufe) für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung durch ein Unternehmen oder mehrere Unternehmen der Gruppe gemeinsam verarbeitet werden. Soweit wir auf Basis der Würdigung der Umstände annehmen dürfen, dass Sie Post, E-Mails oder Zahlungen nicht an das für Ihr Anliegen zuständige Konzernunternehmen adressiert haben, bemühen wir uns in bestimmten Fällen fehladressierte Post- und E-Maileingänge sowie Zahlungen innerhalb des Konzerns an das zuständige Unternehmen weiterzuleiten.

Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aus dem Geldwäschegesetz) oder auf Basis berechtigter Interessen können wir auch Daten an die Generali Deutschland AG als Obergesellschaft der deutschen Unternehmensgruppe, an die Assicurazioni Generali S.p.A. als Konzernmutter der internationalen Generali Gruppe, sowie an andere Gesellschaften der deutschen oder internationalen Generali Gruppe übertragen.

In unserer Dienstleisterliste in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter www.envivas.de/dsgvo finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten oder gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.envivas.de/dsgvo entnehmen.

Soweit mehrere Unternehmen Ihre personenbezogenen Daten in gemeinsamer Verantwortlichkeit (Art. 26 DSGVO) verarbeiten, haben sich die jeweiligen Unternehmen untereinander vertraglich dazu verpflichtet, ihre datenschutzrechtlichen Pflichten (einschließlich Informationspflichten und Betroffenenrechte) in eigener Verantwortung zu erfüllen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- und Sozialbehörden oder Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung können sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Sollten Sie Widerspruch einlegen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten; es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist an den oben genannten Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu richten.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für unser Unternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 - 4
40213 Düsseldorf

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, dann tun wir dies nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Einwilligung in den Datenaustausch mit der TK

Ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag willigen Sie ein, dass die Envivas der TK im Rahmen des Kooperationsvertrages ab Antragstellung allgemeine Daten Ihres Versicherungsvertrages (Name, Vorname, Geburtsdatum, Vertragsnummer, beantragte bzw. abgeschlossene Tarife, Versicherungsbeginn und -ende) übermittelt sowie Ihre Angaben über das Bestehen einer TK-Versicherung einschließlich der TK-Versichertennummer bzw. Krankenversichertennummer mitteilt. Sie ermächtigen die TK, diese Daten zum Zwecke der Steuerung des Angebotes von Zusatzversicherungen (z. B. Vermeidung von Doppelangeboten) zu verarbeiten und zu nutzen.

Ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag willigen Sie ferner ein, dass die TK im Rahmen des Kooperationsvertrages zum Zwecke der Vervollständigung fehlender Angaben in der Anfrage bzw. im Antrag auf Zusatzversicherung sowie zum Zwecke späterer Aktualisierungen allgemeine Versichertendaten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, TK-Versichertennummer bzw. Krankenversichertennummer) an die Envivas übermittelt.

Ferner willigen Sie ein, dass die TK der Envivas das Ende Ihrer TK-Versicherung zum Zwecke der von der Envivas vorzunehmenden Prämienanpassung mitteilt.

Ihnen ist bekannt, dass die vorstehenden Einwilligungen freiwillig sind und Sie sie jederzeit ohne Angabe von Gründen auch direkt gegenüber der TK widerrufen können.

Änderung der Datenschutzhinweise

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzbestimmungen zu ändern. Eine aktuelle Version finden Sie jederzeit im Internet unter www.envivas.de/datenschutz.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Liste der Dienstleister

(Anlage zur Datenschutzeinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung im Versicherungsantrag)

Die Envivas Krankenversicherung AG arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt:

Unternehmen	Übertragene Aufgaben
Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Datenschutzbeauftragter, Rechnungswesen, Steuern, Recht, Unternehmenskommunikation, Bestandsverwaltung, Kunden- und Leistungsservice, Strategisches Leistungs- und Gesundheitsmanagement, Compliance, Rückversicherung, Versicherungsvertrieb, IT, Geldwäschebeauftragter, Regressbearbeitung, IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Software und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck, Versand, Logistik, Eingangspostbearbeitung inkl. Scannen und Archivierung, Kundenkorrespondenz in Vertragsangelegenheiten, telefonischer Kundendienst, Antragsbearbeitung
Generali Health Solutions GmbH	Durchführung von Gesundheitsprogrammen und deren Evaluation
BSI Business Systems Integration AG	IT-Dienstleistungen Kundenservice und Telefonie
Europ Assistance Services GmbH	Telefonischer Kundenservice, Assistanzenleistungen
Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland	Zusätzliche Assistanzenleistungen
Institut für medizinische Begutachtungen (IMB)	Medizinische Begutachtungen
Medexo GmbH	Medizinische Begutachtungen
MD Medicus GmbH	Assistanzenleistungen im Tarif PflegeXtra
Medallia Inc., London, Großbritannien	Kundenzufriedenheitsbefragungen
Personal Business Machine AG	Dienstleistungen zur Durchführung von personalisierter Kundenansprache
Techniker Krankenkasse	Abgleich von Vertragsdaten
Viamed GmbH	Medizinische Begutachtungen

Darüber hinaus arbeitet die Envivas Krankenversicherung AG mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	Begutachtungen zu medizinischen Fragen, Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen
Beratungsunternehmen	Unterstützung und Beratung in Leistungs- und Abrechnungsfragen im In- und Ausland
Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung
IT-Dienstleister	IT- und Internetservices (z. B. digitaler Antrag)
PR-Berater	Öffentlichkeitsarbeit

Letzte Änderungen: 1. August 2021

Informationen zur Kooperation zwischen der Envivas und der TK

1. Personenkreis

Im Rahmen der Kooperation zwischen der Envivas und der TK können sich Personen versichern, die Mitglied der TK sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der TK haben. Der Nachweis über die Mitgliedschaft bzw. den Anspruch auf Familienversicherung bei der TK ist unter Angabe der gültigen TK-Versichertennummer bzw. Krankenversichertennummer im Versicherungsantrag zu erbringen.

2. Versicherbare Tarife

Auf der Grundlage des Kooperationsvertrages können Krankheitskostenversicherungen nach den Tarifen PraxisExtra, PraxisTop, KlinikFlex, KlinikSpezial, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro sowie die Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif KHT-Plus und die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KT-Plus abgeschlossen werden. Ferner ist der Abschluss eines Pfl egetagegeldes nach Tarif PflegePlus, PflegeAktiv, des Pflege-Assistancetarifs PflegeXtra sowie der Auslandsreisetarife TravelXN, TravelXF, TravelXLOU und TravelXLMU möglich.

3. Beiträge

Im Rahmen des Kooperationsvertrages mit der TK ist in die Beiträge der versicherbaren Tarife PraxisExtra, PraxisTop, KlinikFlex, KlinikSpezial, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro, KHT-Plus, KT-Plus, PflegePlus sowie TravelXN und TravelXF ein Beitragsnachlass eingerechnet.

4. Wegfall des Beitragsnachlasses

Der Beitragsnachlass entfällt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der TK oder mit Beendigung des Kooperationsvertrages zwischen der Envivas und der TK. Das Ausscheiden einer versicherten Person aus der TK ist unverzüglich der Envivas mitzuteilen.

Das Versicherungsverhältnis wird in diesem Fall mit den für die Einzelversicherung gültigen Beiträgen fortgesetzt, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit des Tarifs weiterhin erfüllt.

5. Beschränkung der Vertretungsmacht der TK

Die TK ist nur ermächtigt und bevollmächtigt, Anträge auf Abschluss und Änderung von privaten Zusatzversicherungsverträgen der Envivas entgegenzunehmen. Die TK ist nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im Namen der Envivas die privaten Zusatzversicherungsverträge abzuschließen oder rechtsgeschäftliche Erklärungen abzugeben. Die TK ist ebenfalls nicht ermächtigt und bevollmächtigt, die von der Envivas ausgefertigten Versicherungsscheine und Nachträge zum Versicherungsschein im Namen der Versicherungsnehmer entgegenzunehmen und an diese weiterzuleiten. Die TK ist, auch soweit sie an der Aufnahme des Versicherungsantrags beteiligt sein sollte, darüber hinaus nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im laufenden Versicherungsverhältnis Prämien sowie Willenserklärungen und Anzeigen der Versicherten entgegenzunehmen. Prämien sind an die Envivas zu entrichten. Willenserklärungen und Anzeigen sind von den Versicherten gegenüber der Envivas in Textform abzugeben.

Gesundheitsangaben (Die Fragen sind für alle zu versichernden Personen zu beantworten)

Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf einige Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann z. B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ am Ende dieses Formulars.

Ausgeheilte Erkrankungen sind ebenfalls anzugeben, auch wenn diese als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit angesehen wurden. Dies gilt auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden. Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Envivas unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Gesundheitsfragen

1	Körpergröße in cm/Körpergewicht in kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	kg
2	Wurden in den letzten drei Jahren Behandlungen, Untersuchungen oder Tests (einschließlich Kontrolluntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere behandelnde Personen durchgeführt oder sind solche Behandlungen oder Untersuchungen beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
3	Bestehen noch Krankheiten (auch chronische) oder Beschwerden, Anomalien, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis C, Covid-19) oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
4	Haben in den letzten fünf Jahren stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

Wichtiger Hinweis:

Die Gesundheitsangaben und die Anzeigepflicht auf der Folgeseite 71 gelten nur für den **Tarif PflegePlus**

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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 Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Kündigung nicht zu. Unser Kündigungsrecht ist auch dann ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. 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. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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.

Was ist für Sie sonst noch wichtig?

1. 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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

2. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Envivas Krankenversicherung AG, Gereonswall 68, 50670 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Robert Wehn

Vorstand: Uli Rothaufe (Vorsitzender), Nils Heise, Daniel Spooren

Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HRB 52059

UST-ID-Nr.: DE811233765

Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei.

Wichtiger Hinweis:

Die Anzeigepflicht und die Gesundheitsangaben auf der Seite 70 gelten nur für den **Tarif PflegePlus**