

Teil III Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP Pflegetagegeldtarife

PflegeSTART
PflegePLUS
PflegeTOP

Produktlinie PflegeSchutz Unisex

Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/EPV 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP können nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert werden. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Pflegetagegeldleistung

Ein Pflegetagegeld wird abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I geleistet, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) vorliegt. Das Pflegetagegeld beträgt in Abhängigkeit von dem versicherten Tarif in der

	PflegeSTART	PflegePLUS	PflegeTOP
Pflegestufe I	30% bei Unfall	30 % bei Unfall	30 %
Pflegestufe II	70% bei Unfall	70 %	70 %
Pflegestufe III	100 %	100 %	100 %

des versicherten Tagessatzes. Abweichend von § 1 Abs. 6 Teil I gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Anspruch auf das Pflegetagegeld bei Pflegestufe I oder II nach Tarif PflegeSTART bzw. Pflegestufe I nach Tarif PflegePLUS besteht ausschließlich, wenn sich die Pflegebedürftigkeit aus einem nach Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifs (Tarifbeginn) eingetretenen Unfall ergibt.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingung gilt auch jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt. Versicherungsschutz besteht somit auch, wenn sich die Pflegebedürftigkeit ergibt aus

- Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- Erfrierungen,
- unfallbedingten Bauch- und Unterleibsbrüchen,
- unfallbedingten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Voraussetzung für die Leistung bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf Grund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

2 Betreuungsgeld

Besteht aus der SPV bzw. PPV ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45 a SGB XI, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10 % des versicherten Tagessatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld. Der Anspruch auf das Betreuungsgeld endet nicht, wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI nachgewiesen wird.

3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird zusätzlich zum Pflegetagegeld des jeweiligen Tarifs eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen des vereinbarten Pflegetagegeldsatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

4 Beitragsbefreiung

Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld des jeweiligen Tarifs für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der jeweilige Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Tarifbeginn des jeweiligen Tarifs noch keine Pflegestufe III bestand oder beantragt wurde.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in die Pflegestufe III erfolgt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

5 Assistenceleistungen

5.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI besteht ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistenceleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenceleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der SPV bzw. PPV getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

5.3 Für die Gewährung der Assistenceleistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit oder vermuteten Pflegebedürftigkeit wird unverzüglich beim Pflegeversicherungsträger ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt
- und der Versicherungsfall (Assistenceleistungen) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

6 Erhöhung des Pflegetagegeldes

Das vereinbarte Pflegetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 10 %, vorausgesetzt, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz des jeweiligen Tarifs in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes nicht geändert hat.

Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt vereinbarte Pflegetagegeld und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegetagegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung - für diese versicherte Person.

C Optionsrecht

1.1 Ausübung der Option nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes nach einem der Tarife PflegeSTART oder PflegePLUS, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz

- nach Tarif PflegeSTART in Tarif PflegePLUS oder in Tarif PflegeTOP umzustellen,
- nach Tarif PflegePLUS in Tarif PflegeTOP umzustellen.

1.2 Ausübung der Option nach Tarif PflegeTOP

Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif PflegeTOP die Umstellung in neue Tarife im Sinne von Teil I und Teil II zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist und die Versicherung nach Tarif PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP für die versicherte Person vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben 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.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Tagessatzes. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS entfällt, wenn die Tarifstufenumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

Das Optionsrecht nach Tarif PflegeTOP muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 12 Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Leistungsverzeichnis der Tarife PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS für Assistenceleistungen

Folgende Assistenceleistungen werden unter den in den Tarifen PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP bzw. PflegeBAHRPLUS genannten Voraussetzungen erbracht. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht nur für die unter Punkt 3 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

1 Pflegeheimplatzgarantie

Der Versicherer vermittelt und organisiert einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Voraussetzung ist, dass eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung nicht möglich ist oder wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherer garantiert die Unterbringung der versicherten Person in einer vollständigen Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der Versicherer bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheimplatz.

2 Pflege-Manager

Der Pflege-Manager leistet folgende Beratungen sowie die Benennung und Vermittlung von Pflegedienstleistungen:

Beratungs-Service

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
- Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragsverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren. Wohn- und Wohnraumberatung
- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen

Vermittlungs-Service

- Vermittlung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Vermittlung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Tag- und Nachtwache

Benennung von Dienstleistern

- Benennung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Benennung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Benennung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung von Ärzten und Fachärzten
- Benennung eines 24-Stunden Notrufs
- Benennung einer Tag- und Nachtwache

Vermittlung von Betreuung für Angehörige

- Vermittlung von Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Beratungseinrichtungen

3 Vermittlung und Organisation mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden folgende Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu zehn Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles übernommen (Kostenübernahme) insgesamt jedoch nicht mehr als 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Begleitservice

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien

Fahrdienst

Zwei mal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert

Menüservice

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zwei mal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht: Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

Pfleges Schulung für Angehörige

Organisiert wird eine Pflegeschulung für maximal zwei pflegende Personen. Übernommen werden einmalig die Kosten von 150 EUR pro pflegender Person.

4 Reha Management

4.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Erreichbarkeit von:

- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim oder von/an den eigenen Wohnsitz
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- praktischen Ärzten in Wohnnähe
- Gartenhelfern, Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)

4.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

4.3 Berufliche Rehabilitation

4.3.1 Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person, länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

4.3.2 Ist bei Selbständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

4.3.3 Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

4.3.4 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern, Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

4.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

4.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Bau-firmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung