

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung

Teil II

Tarif INTER QualiCare®

Tarifstufen QC 1 bis QC 5

Tarifstufen QCS 2 bis QCS 4

Stand 01.10.2017

Dieser Tarif (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung) gilt nur in

Verbindung mit Teil I - Allgemeine Bestimmungen.

A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und

- in einer privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung versichert sind oder

- als Grenzgänger in der Schweiz einer Erwerbstätigkeit nachgehen und für die eine Absicherung nach der gesetzlichen schweizerischen Krankenversicherung besteht.

B. Leistungen der INTER

1. Pflegetagegeld

1.1 Tarifstufen QC 1 bis QC 5

Das Pflegetagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gezahlt. Die Leistungshöhe richtet sich nach dem festgestellten Pflegegrad und dem dafür vereinbarten Tagessatz nachfolgender Tarifstufen.

Tarifstufe QC 1: 100% des Pflegetagegeldes für Pflegegrad 1 oder eines darüber liegenden Pflegegrades,

Tarifstufe QC 2: 100% des Pflegetagegeldes für Pflegegrad 2 oder eines darüber liegenden Pflegegrades,

Tarifstufe QC 3: 100% des Pflegetagegeldes für Pflegegrad 3 oder eines darüber liegenden Pflegegrades,

Tarifstufe QC 4: 100% des Pflegetagegeldes für Pflegegrad 4 oder des darüber liegenden Pflegegrades,

Tarifstufe QC 5: 100% des Pflegetagegeldes für Pflegegrad 5.

Für diese Tarifstufen gilt darüber hinaus:

- Die Leistungshöhe des vereinbarten Pflegegeldes ist für häusliche (§ 36 ff. SGB XI - siehe Anhang), teilstationäre (§ 41 SGB XI - siehe Anhang) oder vollstationäre (§ 43 SGB XI - siehe Anhang) Pflege sowie für Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI - siehe An-

hang) identisch.

- Das Pflegetagegeld wird auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Laien (z.B. Angehörige oder Bekannte) erfolgt.

1.2 Tarifstufen QCS 2 bis QCS 4 - Erweiterung bei vollstationärer Pflege

a) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Versicherung nach mindestens zwei der Tarifstufen QC 1 bis QC 5 bestehen. Dabei gilt:

- Für Tarifstufe QCS 2 muss mindestens eine der Tarifstufen QC 1 oder QC 2 sowie mindestens eine der Tarifstufen QC 3 bis QC 5 vereinbart sein.
- Für Tarifstufe QCS 3 muss mindestens eine der Tarifstufen QC 1 bis QC 3 sowie mindestens eine der Tarifstufen QC 4 oder QC 5 vereinbart sein.
- Für Tarifstufe QCS 4 muss mindestens eine der Tarifstufen QC 1 bis QC 4 sowie die Tarifstufe QC 5 vereinbart sein.

b) Leistungszusage Tarifstufen QCS

Wenn die Tarifstufen QCS vereinbart sind, erhöht sich das vereinbarte Pflegetagegeld ab dem nied-

rigsten versicherten Pflegegrad (außer Pflegegrad 1) aus den Tarifstufen QC 1 bis QC 5 für die Dauer einer vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI - siehe Anhang) in einer stationären Einrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI - siehe Anhang) auf die für Pflegegrad 5 vereinbarte Leistungshöhe. Für ambulante und teilstationäre Pflege sowie für Kurzzeitpflege bleibt die Leistungshöhe unverändert.

c) Berechnung Tagessätze Tarifstufen QCS

Die Tagessätze für die Tarifstufen QCS ergeben sich unmittelbar aus den vereinbarten Tagessätzen der Tarifstufe QC und berechnen sich wie folgt:

- Tagessatz QCS 2 = Tagessatz QC 3 + Tagessatz QC 4 + Tagessatz QC 5
- Tagessatz QCS 3 = Tagessatz QC 4 + Tagessatz QC 5
- Tagessatz QCS 4 = Tagessatz QC 5

d) Änderung und Anpassung der Tarifstufen und Tagessätze

- Bei Änderung der Tagessätze der Tarifstufen QC (z.B. durch Hinzunahme von bisher nicht vereinbarten Tarifstufen QC, Erhöhung aufgrund der Dynamik (Ziffer 3) oder Nutzung des Optionsrechts (Ziffer 4)) werden die Tagessätze für die Tarifstufen QCS gemäß der Berechnungsvorschriften nach 1.2 c) angepasst.
- Eine Änderung der Tagessätze der Tarifstufen QCS sowie die Kündigung einzelner Tarifstufen QCS ist ohne entsprechende Anpassung der Tagessätze in den Tarifstufen QC nicht möglich.

1.3 Tarifstufenübergreifende Regelungen

- Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalles wird das Pflegeetagegeld jeweils für jeden Tag dieses Monats gezahlt.
- Ändert sich der Pflegegrad einer versicherten Person, wird für den gesamten Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflegeetagegeld gezahlt, sofern eine höhere Leistung vereinbart ist.
- Die Auszahlung für den laufenden Monat erfolgt jeweils zum Monatsende, soweit nichts anderes vereinbart wurde.

Liegt ein Versicherungsfall vor, leistet die INTER auch in den folgenden Fällen das vereinbarte Pflegeetagegeld:

- Die Pflegebedürftigkeit ist ganz oder teilweise auf eine Suchterkrankung zurückzuführen.
- Die versicherte, pflegebedürftige Person befindet sich in einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder in einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.
- Die versicherte, pflegebedürftige Person ist aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Wird für eine versicherte Person Pflegeetagegeld für Pflegegrad 5 aus dem Tarif INTER QualiCare gezahlt, so werden die jeweils vereinbarten Tarifstufen für diese Person beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung besteht für jeden Monat, in dem für mindestens einen Tag der Anspruch auf Leistungen für Pflegegrad 5 besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem die vorgenannte Bedingung letztmalig erfüllt ist.

3. Erhöhung des Pflegeetagegeldes (Dynamik)

Die vereinbarten Tagessätze werden - auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles - ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli erhöht, frühestens jedoch nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre seit Versicherungsbeginn des Tarifs INTER QualiCare (vgl. Teil I § 12 Abs. 1). Die INTER informiert den Versicherungsnehmer jeweils vor Wirksamwerden einer Erhöhung in Textform.

Die Erhöhung ergibt sich aus der Summe der Inflationsraten (Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes) der vorangegangenen drei Jahre; sie beträgt jedoch mindestens 5%. Bemessungsgrundlage für die Erhöhung sind die zuletzt vereinbarten Tagessätze.

Sollte ein staatlicher Kostenindex für Pflege eingeführt werden, ersetzt dieser den Verbraucherpreisindex.

Die Tagessätze, die sich durch die dynamische Erhöhung ergeben, werden jeweils auf den vollen Eurobetrag aufgerundet.

Der Beitrag für das jeweils hinzukommende Pflegeetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Bestehende Risikozuschläge werden mit dem gleichen Prozentsatz angepasst, um den sich der Tagessatz erhöht hat.

Die Erhöhung aller vereinbarten Tagessätze wird wirksam, sofern der Versicherungsnehmer nicht bis Ablauf des 31. August des Jahres, in dem die Erhöhung durchgeführt wird, in Textform widerspricht. Ein Teilwiderspruch nur für einzelne Tarifstufen ist nicht möglich.

Widerspricht der Versicherungsnehmer drei unmittelbar aufeinanderfolgenden Erhöhungen des Pflegeetagegeldes für eine versicherte Person, erlischt das Recht auf weitere Erhöhungen der Tagessätze ohne Gesundheitsprüfung für diese versicherte Person. Auf den möglichen Verlust des Dynamikrechts wird der Versicherungsnehmer im Informationsschreiben über die Erhöhung in Textform hingewiesen.

Das Recht auf Dynamik kann nach erneuter Gesundheitsprüfung mit Zustimmung der INTER neu begründet werden.

4. Optionsrecht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer hat für die betreffende versicherte Person das Recht, zu folgenden Zeitpunkten oder bei Eintritt folgender Ereignisse - ohne erneute Gesundheitsprüfung - eine Erhöhung der vereinbarten Tagessätze um bis zu 20% zu beantragen:

- zum Ende des dritten, fünften und zehnten Versicherungsjahres (siehe Teil I § 12 Abs. 1) seit Versicherungsbeginn der betreffenden versicherten Person im Tarif INTER QualiCare; bei einem Wechsel aus einer anderen Pflegegeldversicherung bei der INTER ist der dortige Versicherungsbeginn maßgeblich,
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG),
- Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes,
- Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes,
- Tod des Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners gemäß LPartG,
- Scheidung von dem Ehepartner oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß LPartG,
- Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie.

Das Optionsrecht besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts für die betreffende versicherte Person

- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von Teil I § 1 Abs. 2 eingetreten ist bzw. keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt wurden und
- das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet ist und
- innerhalb der letzten 12 Monate vor dem jeweiligen Ereignis kein Beitragsverzug bestanden hat.

Das Optionsrecht muss unter Vorlage eines Nachweises innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt werden. Die Änderung der Tagessätze erfolgt zum Ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt.

Der Beitrag für das jeweils hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Bestehende Risikozuschläge werden mit dem gleichen Prozentsatz angepasst, um den sich der Tagessatz erhöht hat.

5. Beitragsfreies Ruhen

Der Versicherungsnehmer hat während der Vertragslaufzeit bis zu dreimal das Recht, ein beitragsfreies Ruhen der Pflegegeldversicherung insgesamt nach dem Tarif INTER QualiCare für alle oder einzelne versicherte Personen für bis zu jeweils sechs Monate zu verlangen. Das beitragsfreie Ruhen für nur einzelne Tarifestufen ist nicht möglich.

Während der Ruhenszeit besteht keine Leistungspflicht der INTER.

Nach Ablauf der Ruhenszeit ist ein höherer Beitrag zu erwarten, da während der Ruhenszeit keine Alterungsrückstellungen aufgebaut werden.

6. Service-Leistungen

Neben den o.g. Leistungen bietet das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) u.a. folgende Serviceleistungen an:

1. Benennung von

- Lieferantenstellen für medizinische und Pflegehilfsmittel. Bei Bedarf wird das Rezept an die INTER geschickt, die die Auslieferung des Hilfsmittels an den Patienten organisiert;
- europaweiten Adressen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Das INTER Service Center übermittelt dem Versicherten hierbei die Kontaktdaten von Dienstleistern. Die Entscheidung, welcher Dienstleister beauftragt wird, obliegt dem Versicherten. Die Kosten für die Inanspruchnahme der gewählten Dienstleistung trägt der Versicherte.

2. Vermittlung von

- Fahrdiensten zu Ärzten und Behörden;
- Anbietern eines Hausnotrufgerätes;
- Pflegedienstmanagement für spezielle Fälle (z.B. Intensivpflege);
- ambulanten Pflegediensten in der Region oder am Wohnort des Versicherten, die nach Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und SGB XI anerkannt sind;
- Plätzen in Einrichtungen, die nach SGB V und SGB XI anerkannt sind (z.B. Betreutes Wohnen, Alten-/Pflegeheime oder Kurzzeitpflegeplätze) - Pflegeplatzgarantie.

Das INTER Service Center veranlasst, dass Dienstleister direkt mit dem Versicherten Kontakt aufnehmen. Die Entscheidung, welcher Dienstleister beauftragt wird, obliegt dem Versicherten. Die Kosten für die Inanspruchnahme der gewählten Dienstleistung trägt der Versicherte.

3. Organisation einer

- Begleitperson für Arzt- und Behördengänge;

- Beratung und/oder Schulung für pflegende Angehörige;
- Pflegefallberatung inkl. Terminvereinbarung.

Das INTER Service Center beauftragt auf der Grundlage von Vorgaben (zeitlicher und finanzieller Art) des Versicherten und in dessen Auftrag einen Dienstleister mit der Leistungsumsetzung. Die Kosten für die Inanspruchnahme der gewählten Dienstleistung trägt der Versicherte.

4. Beratungsleistungen

- persönliche oder telefonische Pflegeberatung durch Pflegefachberater;
- juristische Beratungsleistung im Zusammenhang mit einem Pflegefall der versicherten Person, z.B. zum Thema Patientenverfügung.

Das INTER Service Center beauftragt einen Dienstleister und trägt die entstehenden Beratungskosten.

Versicherungsschutz für Kinder und Jugendliche

Stand 01.06.2022

Krankheiten im Sinne von Teil I § 1 Abs. 2 Satz 5 sind ausschließlich die nachfolgend aufgeführten Erkrankungen.

Für die Beurteilung eines Versicherungsfalles ist die angegebene ICD-10-Ziffer maßgeblich (ICD: International Classification of Diseases (internationale Klassifikation der Krankheiten)). Ist keine ICD-10-Ziffer in der nachfolgenden Auflistung angegeben, gilt die dort genannte Bezeichnung des Krankheitsbildes.

1. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

ICD-10

- Q00 - Q07 Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
- Q10 - Q18 Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
- Q20 - Q28 Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
- Q30 - Q34 Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
- Q35 - Q37 Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
- Q38 - Q45 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
- Q50 - Q56 Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
- Q60 - Q64 Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
- Q65 - Q79 Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
- Q80 - Q89 Sonstige angeborene Fehlbildungen
- Q90 - Q99 Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert

2. Apallisches Syndrom (Wachkoma)

ICD-10

- G93.80 Apallisches Syndrom
- P91.80 Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen

3. Aplastische Anämie und myelodysplastisches Syndrom

ICD-10

- D46. Myelodysplastische Syndrome
- D47. Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- D60. Erworbene isolierte aplastische Anämie (Erythroblastopenie) (pure red cell aplasia)
- D61. Sonstige aplastische Anämien

4. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

ICD-10

- A81.0 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

5. Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis

ICD-10

- G05.0 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
- G05.1 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
- G05.2 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
- G05.8 Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

6. Herzinfarkt

ICD-10

- I21. Akuter Myokardinfarkt
- I22. Rezidivierender Myokardinfarkt

7. HIV-Infektion / AIDS

ICD-10

- B20 - B24 HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)

8. Hypoxischer Hirnschaden (schwerste Form der Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel)

ICD-10

- G.93.1 Hypoxischer Hirnschaden
- P.91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen

9. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

ICD-10

A80. Akute Poliomyelitis (Spinale Kinderlähmung)

10. Koma

11. Krebs, schwerer

ICD-10

C00 - C75 Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe
 C76 - C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

12. Kurzdarmsyndrom

ICD-10

K91.2 Kurzdarmsyndrom

13. Lähmungen, motorische

14. Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs

ICD-10

C88 - C96 Bösartige Neubildungen des blutbildenden und verwandten Gewebes

15. Lymphome

ICD-10

C81 - C85 Bösartige Neubildungen des lymphatischen Gewebes

16. Meningitis

ICD-10

G03. Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen

17. Motoneuronerkrankung

ICD-10

G12. Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

18. Mukoviszidose

ICD-10

E84. Zystische Fibrose

19. Multiple Sklerose

ICD-10

G35. Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)

20. Muskeldystrophie

ICD-10

G71.0 Muskeldystrophie

21. Organtransplantation

22. Nierenversagen, chronisch

ICD-10

N18. Chronische Niereninsuffizienz

23. SCID (schwerer kombinierter Immundefekt)

ICD-10

D81. Kombinierte Immundefekte

24. Schädel-Hirn-Trauma

ICD-10

S06. Intrakranielle Verletzung

25. Schlaganfall

ICD-10

I60. Subarachnoidalblutung
 I61. Intrazerebrale Blutung
 I62. Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
 I63. Hirninfarkt
 I64. Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

26. Stoffwechselstörung, schwere

ICD-10

- D57 Sichelzellkrankheiten
- E53. Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes
- E70. Störungen des Stoffwechsels aromatischer Aminosäuren
- E71. Störungen des Stoffwechsels verzweigter Aminosäuren und des Fettsäurestoffwechsels
- E72. Sonstige Störungen des Aminosäurestoffwechsels
- E74. Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels

27. spinale Muskelatrophie (SMA)

ICD-10

- G12. Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

28. Systemischer Lupus erythematodes

ICD-10

- M32. Systemischer Lupus erythematodes

29. Verbrennungen, schwere

ICD-10

- T20 - T32 Verbrennungen oder Verätzungen

30. Verlust von Gliedmaßen