

Tarif Mehr Pflege Stationär

Pflege-Monatsgeldversicherung

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Pflege Stationär** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Pflege-Krankenversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/EPV 17**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/EPV 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Pflege Stationär**
Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** im Versicherungsschein: **MPS**

Stand 01.10.2022

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Pflege Stationär**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Zu den Begriffen, die mit → gekennzeichnet sind, finden Sie im anhängenden Glossar Erläuterungen.

Leistungen

Pflege-Monatsgeld bei stationärer Pflege bei

Pflegegrad 1	20 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 2	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 3	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 4	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
Pflegegrad 5	100 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes
bei einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 auf Grund eines Unfalls	150 % des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes

Beitragsbefreiung	bei Pflegebedürftigkeit (häuslich oder stationär) nach Pflegegrad 4 oder 5
-------------------	--

→ Assistance-Leistungen	Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
-------------------------	--

Nachversicherungs-Garantie	ab dem 21. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr (frühestens nach Ablauf von 12 Monaten ab Tarifbeginn, insgesamt bis zu dreimal während der Vertragslaufzeit) Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum 60. Lebensjahr (vor Eintritt der häuslichen oder stationären Pflegebedürftigkeit)
----------------------------	---

Optionsrechte	Hinzunahme des Tarifs bzw. Umstellung in den Tarif Mehr Pflege Ambulant (unter bestimmten Voraussetzungen, vgl. Buchstabe B Ziffer 5 a und b)
---------------	---

Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes	ab dem 21. Lebensjahr alle drei Jahre um 10 %, maximal bis zum 70. Lebensjahr
----------------------------------	---

Inhaltsübersicht	Seite
A. Vorbemerkung	
Wer kann versichert werden?	3
B. Tarifliche Leistungen	
Was ist versichert und in welcher Höhe?	3
1. Pflege-Monatsgeld	3
2. Beitragsbefreiung	4
3. Assistance-Leistungen	4
4. Nachversicherungs-Garantie	4
5. Optionsrechte	4
C. Beiträge	
1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge?	5
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?	5
D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes	
Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes?	6
E. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)	
1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt?	6
2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	6
3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?	6
4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld?	7
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach?	7
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert?	7
7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen?	7
8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten?	7
9. Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihr Pflegegrad ändert oder Sie von häuslicher Pflege in stationäre Pflege oder umgekehrt wechseln?	7
10. Wann können Sie den Tarif Mehr Pflege Stationär kündigen?	7
11. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?	7
12. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) endet?	7
F. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	8

A. Vorbemerkung

Wenn in den MB/EPV 17 und den TB/EPV 13 die Pflege-Tagegeldversicherung genannt ist, ist im Rahmen dieser Bedingungen die Pflege-Monatsgeldversicherung gemeint.

Wer kann versichert werden?

Sie können den Tarif **Mehr Pflege Stationär** abschließen, wenn Sie in Deutschland wohnen. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Pflege Stationär** gibt es kein Höchstalter.

B. Tarifliche Leistungen

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Wir zahlen bei stationärer Pflege das vereinbarte Pflege-Monatsgeld (vgl. Buchstabe B, Ziffer 1.) und erbringen zusätzlich andere tariflich vereinbarte Leistungen, wenn Sie oder eine andere versicherte Person¹ pflegebedürftig sind.

1. Pflege-Monatsgeld

Wir zahlen bei stationärer Pflege das vereinbarte Pflege-Monatsgeld in folgender Höhe:

Pflegegrad 1	20 %
Pflegegrad 2	100 %
Pflegegrad 3	100 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

Bei einer stationären Pflege nach Pflegegrad 4 oder 5, die auf Grund eines Unfalls eingetreten ist, zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld in Höhe von **150 %**.

Stationäre Pflege liegt vor, wenn Sie auf nicht absehbare Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung gepflegt werden.

Keine stationäre Pflege liegt vor, wenn Sie

- zu Hause entweder durch eine private Pflegeperson (z. B. durch Angehörige) oder durch einen ambulanten Pflegedienst gepflegt werden (häusliche Pflege);
- höchstens einmal pro Tag in einer teilstationären Einrichtung untergebracht und gepflegt werden (teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege);
- vorübergehend in Kurzzeitpflege gepflegt werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden.

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre oder teilstationäre Einrichtungen.

Ein Anspruch auf Pflege-Monatsgeld bei stationärer Pflege schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Pflege-Monatsgeld bei häuslicher Pflege nach Tarif Mehr Pflege Ambulant aus.

Es ist nicht erforderlich, dass die soziale Pflegeversicherung (SPV) oder private Pflegepflichtversicherung (PPV) vorleistet.

Das Pflege-Monatsgeld zahlen wir für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Sie müssen das Pflege-Monatsgeld mindestens in der Höhe von 100 EUR vereinbaren. Sie können es in 10 EUR-Schritten erhöhen.

Wir zahlen das Pflege-Monatsgeld ohne Kostennachweis zu Beginn eines jeden Monats der Pflegebedürftigkeit. Beginnt oder endet der Versicherungsfall im Laufe eines Monats, zahlen wir das Pflege-Monatsgeld nicht anteilig, sondern jeweils für den vollen Monat.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Beitragsbefreiung Sind Sie pflegebedürftig (häuslich oder stationär) nach Pflegegrad 4 oder 5, müssen Sie für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** keinen Beitrag mehr zahlen. Dies gilt auch für einen ggf. zu zahlenden Risikozuschlag. Weitere im Vertrag versicherte Personen werden nur dann beitragsbefreit, wenn sie die Voraussetzung für eine Beitragsbefreiung selbst erfüllen.
3. Assistance-Leistungen Wenn Sie pflegebedürftig sind, können Sie unabhängig vom Pflegegrad die aufgeführten → Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen.
- Wir arbeiten mit hoch qualifizierten Dienstleistern zusammen. Wenn Sie hierzu aktuelle Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung **100 %** der zusätzlichen Kosten für das kurzfristige Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden. Diese Leistung erhalten Sie einmal während der Vertragslaufzeit. Die Kosten für die Unterkunft selbst sind nicht versichert.
4. Nachversicherungs-Garantie Sie können einmal im Kalenderjahr (frühestens nach Ablauf von 12 Monaten ab Tarifbeginn) jeweils zum nächsten Monatsersten eine Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne Gesundheitsprüfung und ohne → Wartezeit um bis zu **25 %** beantragen. Dies ist ab dem 21. Lebensjahr während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt bis zu dreimal möglich. Bei der Erhöhung runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag. Eine Erhöhung kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Sie heiraten oder wenn Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes werden. Sie haben dann auch einen höheren Beitrag zu zahlen. Spätester Termin für die Erhöhung ist der Erste des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. Voraussetzung ist, dass Sie noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind.
- Der höhere Versicherungsschutz gilt ohne → Wartezeit ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Erhöhung.
- Der Beitrag für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld richtet sich nach dem dann erreichten Lebensalter.
- Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.
5. Optionsrechte Sie haben das Recht, zu bestimmten Optionszeitpunkten (Buchstabe a) bzw. bei bestimmten Ereignissen (Buchstabe b)
- den Tarif Mehr Pflege Ambulant hinzuzunehmen oder
 - in den Tarif Mehr Pflege Ambulant umzustellen.
- Der neue Versicherungsschutz wird jeweils ohne → Wartezeit und ohne Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisher vereinbarten Pflege-Monatsgeldes zum Optionszeitpunkt wirksam, wenn Sie die Hinzunahme bzw. Umstellung vor dem Optionszeitpunkt beantragen.
- Für das Einstufen des neuen Tarifs gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Wir rechnen bei Umstellungen die aus dem Vertrag erworbene → Alterungsrückstellung auf Ihren neuen Beitrag an.
- Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge werden in den neuen Tarif übernommen und bei Umstellungen im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge angepasst.
- a) bei bestimmten Zeitpunkten Nach Ablauf von drei oder fünf oder sieben Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** an) haben Sie einmalig das Recht,
- den Tarif Mehr Pflege Ambulant hinzuzunehmen oder
 - in den Tarif Mehr Pflege Ambulant umzustellen.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie dieses Optionsrecht nicht bereits zuvor innerhalb der Mehr Pflege-Tarife geltend gemacht haben,
- Sie bei Abschluss des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** noch keine 60 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind und
- der Tarif Mehr Pflege Ambulant nach drei, fünf oder sieben Versicherungsjahren zum Ersten des darauffolgenden Monats (Optionszeitpunkt) beginnt.

Beispiel:

Beginn des Tarifs Mehr Pflege Stationär :	01.10.2025
Optionstermin:	01.10.2030
Antragstellung bis:	30.09.2030
Beginn des neuen Versicherungsschutzes:	01.10.2030

b) bei bestimmten Ereignissen

Sie haben innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** an) das Recht,

- den Tarif Mehr Pflege Ambulant hinzuzunehmen oder
- in den Tarif Mehr Pflege Ambulant umzustellen.

Diese Option haben Sie bis zum Ende des zweiten Monats, nachdem Sie geheiratet haben oder in dem Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes geworden sind.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie bei Abschluss des Tarifs **Mehr Pflege Stationär** noch keine 60 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig (häuslich oder stationär) sind und
- der Tarif Mehr Pflege Ambulant zum Ersten des auf das Ereignis folgenden Monats (Optionszeitpunkt) beginnt.

Beispiel:

Beginn des Tarifs Mehr Pflege Stationär :	01.10.2025
Geburt Kind:	15.08.2028
Antragstellung bis:	31.10.2028
Beginn des neuen Versicherungsschutzes:	01.09.2028

C. Beiträge

1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge?

Die Beiträge für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** für je 100 EUR Pflege-Monatsgeld ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragsübersicht.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages setzen wir den ersten Beitrag nach Ihrem Eintrittsalter und Ihrem Gesundheitszustand fest. Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Abweichend von § 8 (1.1) TB/EPV 13 ist der Beitrag für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** für Kinder bzw. Jugendliche (0 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes

Das vereinbarte Pflege-Monatsgeld erhöht sich alle drei Jahre (gerechnet ab Versicherungsbeginn) um **10 %**.

Voraussetzung ist, dass Sie

- mindestens 21 Jahre alt und
- jünger als 70 Jahre alt sind.

Dabei runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag.

Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes?

Für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld haben Sie einen zusätzlichen Beitrag zu zahlen. Diesen berechnen wir nach Ihrem zum Zeitpunkt der Hinzunahme erreichten Lebensalter (als tarifliches Eintrittsalter). Bisher ggf. vereinbarte → Risikozuschläge erhöhen wir im gleichen Verhältnis wie den Tarifbeitrag.

Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen nehmen wir jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns vor. Sie erhalten darüber rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz beginnt ohne → Wartezeit jeweils am Erhöhungstermin.

Das hinzukommende Pflege-Monatsgeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens an.

Sie können der Erhöhung widersprechen. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin mit, dass Sie die Erhöhung nicht wünschen. Der Widerspruch hat keinen Einfluss auf künftige automatische Erhöhungen.

Auf Ihr Recht zu widersprechen, werden wir Sie im Rahmen der Mitteilung zur vertraglichen Änderung hinweisen.

E. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen geändert haben.

1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt?

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/EPV 17 besteht weltweit Versicherungsschutz.

2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Abweichend von § 3 MB/EPV 17 haben Sie Versicherungsschutz ohne → Wartezeit ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?

Abweichend von § 5 MB/EPV 17 besteht Leistungspflicht auch

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind (siehe § 5 Abs. 1a MB/EPV 17),
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen (siehe § 5 Abs. 1b MB/EPV 17),
- solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden (siehe § 5 Abs. 1c MB/EPV 17),
- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht (siehe § 5 Abs. 1f MB/EPV 17).

Im Übrigen gelten die in § 5 MB/EPV 17 geregelten Einschränkungen der Leistungspflicht.

4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld? Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld ab dem Zeitpunkt aus, ab dem festgestellt wurde, dass Sie pflegebedürftig sind (vergleiche § 6 Abs. 1 MB/EPV 17) und stationär gepflegt werden.
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach? Bitte weisen Sie uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die stationär durchgeführte Pflege z. B. anhand des Gutachtens und der Zusage der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nach. Ist dies nicht möglich, legen Sie bitte ein gleichwertiges Gutachten vor, das den gesetzlichen Anforderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) entspricht. Die Kosten der Begutachtung sind nicht im tariflichen Leistungsumfang enthalten (siehe § 9 Abs. 1 MB/EPV 17).
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert? Abweichend von § 9 Abs. 2 MB/EPV 17 brauchen Sie uns die folgenden Ereignisse nicht anzuzeigen:
- Krankenhausbehandlungen,
 - stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie
 - Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung.
7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen? Abweichend von § 9 Abs. 4 MB/EPV 17 müssen Sie sich nicht von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.
8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten? Abweichend von § 9 Abs. 6 MB/EPV 17 können Sie den Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflege-Ergänzungsversicherung ohne unsere Einwilligung vornehmen.
9. Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihr Pflegegrad ändert oder Sie von häuslicher Pflege in stationäre Pflege oder umgekehrt wechseln? Abweichend von § 9 MB/EPV 17 haben Sie uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder umgekehrt, anzuzeigen.
10. Wann können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** kündigen? Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/EPV 17 und Abs. 1.1 TB/EPV 13 können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** nach Ende der zwölfmonatigen Mindesttarifdauer und ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Pflege Stationär** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.
11. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen? Abweichend von § 15 Abs. 4 MB/EPV 17 endet das Versicherungsverhältnis nicht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen.
12. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) endet? Wenn Ihre Versicherung in der SPV oder PPV endet, hat dies keine Auswirkungen auf den Tarif **Mehr Pflege Stationär**. Ihr Versicherungsvertrag besteht unverändert fort (siehe § 15 Abs. 4 MB/EPV 17).

F. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Assistance-Leistungen

Assistance-Leistungen sind Leistungen zur Hilfe, im Notfall und zur Problemlösung. Diese erbringen wir, wenn Sie pflegebedürftig sind.

Alterungsrückstellung

Es ist allgemein bekannt, dass es mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher wird, pflegebedürftig zu werden. Demzufolge müssten die Beiträge alleine wegen Älterwerdens von Jahr zu Jahr steigen. Um das zu vermeiden, wird ein durchschnittlicher Beitrag berechnet. Dieser ist in jungen Jahren höher als die tatsächlichen Leistungen. Der übersteigende Betrag wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Pflege-Leistungen höher sind als der Beitrag, wird die Differenz aus der vorher gebildeten Alterungsrückstellung gedeckt. Bitte beachten Sie, dass Beitragsanpassungen damit nicht generell vermieden werden können.

Der für Kinder bzw. Jugendliche zu zahlende Beitrag sieht keine Bildung einer Alterungsrückstellung vor, weil mit dem Aufbau der Alterungsrückstellung erst ab 21 Jahren begonnen wird.

Risikozuschlag

Der Risikozuschlag ist ein Mehrbeitrag, den wir zur Finanzierung von höheren Leistungen auf Grund von bestimmten Vorerkrankungen verlangen können.

Wartezeit

Eine Wartezeit ist der Zeitraum, der zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Bei der Pflege-Ergänzungsversicherung darf die Wartezeit bis zu drei Jahren betragen. Für den Tarif **Mehr Pflege Stationär** verzichten wir auf eine Wartezeit.