

Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung VPV VolksPflege

in der Fassung vom 01.10.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit
2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
3. Versicherungsbeiträge
4. Anpassung der Versicherungsbeiträge
5. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages
6. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge
7. Wartezeiten
8. Leistungsausschlüsse
9. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
10. Laufzeit des Versicherungsvertrages
11. Anpassung der Versicherungsbedingungen
12. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages
13. Geltungsbereich
14. Willenserklärungen und Anzeigen
15. Gerichtsstand
16. Anzuwendendes Recht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive deren Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages über die private Pflegezusatzversicherung VPV VolksPflege in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein und den gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

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

Die kursiv und fett geschriebenen Texte fassen die wichtigsten Inhalte der nachfolgenden nicht kursiv und nicht fett geschriebenen Absätze der Versicherungsbedingungen kurz zusammen und dienen Ihrem besseren Verständnis.

Für Ihren Versicherungsvertrag sind alleine die nicht kursiv und nicht fett geschriebenen Absätze der Versicherungsbedingungen maßgeblich.

1. Art der Versicherung und Versicherungsfähigkeit

VPV VolksPflege ist eine private Pflege-Zusatzversicherung. Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem Privaten Krankenversicherer (PKV). Versichert werden kann daher nur, wer auch Versicherter in einer deutschen GKV oder deutschen PKV ist.

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

Versicherungsfähig ist daher nur, wer bei Antragstellung in einer deutschen GKV oder deutschen PKV versichert ist und über eine gesetzliche Pflegeversicherung verfügt.

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

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene und festgestellte Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad.

Versicherungsfall ist der Eintritt und die Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit einem bei uns versicherten Pflegegrad nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

2.2. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach diesen Versicherungsbedingungen ist, wer von der Pflegekasse als Pflegebedürftiger mit einem bei uns versicherten Pflegegrad anerkannt wurde.

Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person nicht mehr in der GKV oder PKV ist oder sich im Ausland befindet, erfolgt die Feststellung auf ihre Kosten durch einen von uns beauftragten Gutachter.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades richten wir uns ausschließlich nach dem Inhalt des Pflegebescheids der zuständigen Pflegekasse als Träger der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland.

Pflegebedürftig nach diesen Versicherungsbedingungen ist daher, wer von der zuständigen Pflegekasse als Pflegebedürftiger mit einem bei uns versicherten Pflegegrad anerkannt wurde und über einen gültigen Pflegebescheid der Pflegekasse verfügt.

Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse nicht möglich, z.B., weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen GKV oder deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, werden wir auf Ihren Wunsch einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsverfahren des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt.

Die Kosten für die Begutachtung durch den von uns beauftragten Gutachter im Ausland haben Sie zu tragen.

2.3. Versicherungsleistungen

Im Versicherungsfall erhalten Sie das vereinbarte Pflegemonatsgeld und je nach gewähltem Tarif (s. Versicherungsschein) eine Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter

Pflegebedürftigkeit sowie bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad.

Wir leisten je nach gewähltem Tarif

- das vereinbarte Pflegemonatsgeld entweder bei häuslicher Pflege oder bei stationärer Pflege,
- die vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit
- die vereinbarten Einmalleistungen bei der erstmaligen und jeder weiteren Einstufung in einen höheren versicherten Pflegegrad sowie
- die vereinbarte Einmalleistung bei teil- oder stationärer Versorgung in Hospizen

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

Ein Anspruch auf das Pflegemonatsgeld bei häuslicher Pflege schließt einen Anspruch auf Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege und umgekehrt aus.

2.3.1. Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeit-Pflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei häuslicher, Verhinderungs- oder Kurzzeit-Pflege.

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

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

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

2.3.2. Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege

Wir leisten das im gewählten Tarif für den versicherten Pflegegrad vereinbarte Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege.

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

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

Wohngruppen fallen nicht unter stationäre Einrichtungen.

2.3.3. Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Bis zum vollendeten 65. Lebensjahr leisten wir die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit gemäß einem bei uns versicherten Pflegegrad.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet und dadurch pflegebedürftig wird. Voraussetzung ist, dass der Unfall die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit ist.

2.3.4. Einmalleistung je Pflegegrad

Wir leisten die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei der erstmaligen Einstufung und jeder weiteren Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad.

2.3.5. Einmalleistung bei teil- oder stationärer Versorgung in Hospizen

Wir leisten die im gewählten Tarif vereinbarte Einmalleistung bei teil- oder stationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine Versorgung

im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

2.4. Leistungszeitpunkt

Wir leisten, wenn uns alle Unterlagen für die Feststellung des Versicherungsfalles vorliegen. Der Anspruch besteht ab Beginn der festgestellten Pflegebedürftigkeit. Das Pflegemonatsgeld zahlen wir jeweils monatlich im Voraus.

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

Ein Anspruch auf die Versicherungsleistungen besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem Pflegebedürftigkeit in einem versicherten Pflegegrad gemäß Pflegebescheid der Pflegekasse oder laut Gutachten des von uns beauftragten Gutachters besteht.

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

2.5. Nachversicherungsgarantie

Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie einmalig die Möglichkeit, das Pflegemonatsgeld in den versicherten Pflegegraden innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre maximal jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder aufgrund besonderer Lebensumstände der versicherten Person, wie Tod eines Kindes oder des Ehepartners, Scheidung oder beruflich bedingter Umzug, beitragswirksam ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 % zu erhöhen.

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

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

eines beruflichen Wechsels der versicherten Person bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres

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

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

Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie wird Ihr Beitrag neu ermittelt.

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

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

2.6. Versicherungsdynamik

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7. Leistungsdynamik

Soweit mit Ihnen vereinbart (s. Versicherungsschein), erhöhen wir im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Versicherungsfalles das vereinbarte Pflegegeld alle drei Jahre um 10 %.

Soweit mit Ihnen vereinbart (s. Versicherungsschein), erhöhen wir im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Leistungsfalles das vereinbarte Pflegegeld in dem bei uns versicherten Pflegegrad, in dem Sie zum Zeitpunkt der Leistungsdynamik wegen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit eingestuft sind, alle drei Jahre um 10 %, aufgerundet auf volle Euro bei Aufrechterhaltung der Beitragsbefreiung im Versicherungsfall. Soweit Sie in einen anderen Pflegegrad eingestuft werden, können Sie die bis dahin durch die Leistungsdynamik erworbenen Erhöhungen in absoluten Beträgen auf den neuen Pflegegrad übertragen.

2.8. Beitragsbefreiung im Versicherungsfall

Wir befreien Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles und Einordnung in mindestens Pflegegrad 1 unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles und Einordnung in mindestens Pflegegrad 1 befreien wir Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für diese Versicherung zu entrichten, solange der Versicherungsfall besteht. Die Beitragsbefreiung wirkt ab der nächsten Fälligkeit ihres Beitrages nach Antragstellung. Endet die Einordnung in Pflegegrad 1 oder höher, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.

2.9. Tarifwechsel

Wollen Sie in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln, dessen Leistungen höher oder umfassender sind, ist dies nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich. Wir sind berechtigt, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu verlangen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tarifen mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Wollen Sie in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz wechseln, der insgesamt oder bezogen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der Leistungen zur Folge hat, ist der Tarifwechsel nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich. Wir sind berechtigt, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag zu verlangen.

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

3. Versicherungsbeiträge

Für die Höhe des Beitrags ist das Eintrittsalter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn maßgeblich.

Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person (s. Versicherungsschein). Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns.

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

4. Anpassung der Versicherungsbeiträge

Die Beiträge können angepasst werden, wenn die tatsächlich erforderlichen Versicherungsleistungen von den bei der Kalkulation zugrunde gelegten Versicherungsleistungen abweichen.

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

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

Erhöht sich Ihr Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag in jedem Fall innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird. Das Recht der täglichen Kündigungsmöglichkeit bleibt unberührt.

5. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

5.1. Fälligkeit des Erstbeitrages

Zahlen Sie den Erstbeitrag bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Der Erstbeitrag wird mit Zugang des Versicherungsscheines fällig, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

5.2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz besteht nicht, wenn Sie den Erstbeitrag nicht gezahlt haben, es sei denn, Sie haben dies nicht zu vertreten.

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

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

5.3. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren und wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten.

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

Ist der fällige Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Erstbeitrages aufmerksam gemacht haben, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

6. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

6.1. Fälligkeit der Folgebeiträge

Zahlen Sie die Folgebeiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils rechtzeitig zu den vereinbarten Terminen.

Die Folgebeiträge sind, je nach vereinbarter Zahlungsweise, jeweils monatlich, vierteljährlich,

halbjährlich oder jährlich nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn fällig.

6.2. Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung. Werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten dann nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist von zwei Wochen. Wir sind berechtigt, die im Zusammenhang mit der Mahnung entstandenen Kosten (z. B. Mahnkosten, Rücklastschriftgebühren) geltend zu machen.

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der rückständigen Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug und tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Zudem können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist außerordentlich kündigen, wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug sind.

Haben wir den Versicherungsvertrag außerordentlich gekündigt und zahlen Sie innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung die angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten, besteht der Versicherungsvertrag weiter. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

7. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

Wartezeiten bestehen nicht.

8. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- **Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden**
- **Versicherungsfälle aufgrund vorsätzlich herbeigeführter gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Beschädigungen**

- **Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden**

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

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

Kein Versicherungsschutz besteht auch für Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn für das Aufenthaltsgebiet der versicherten Person zum Zeitpunkt der Einreise keine Teil- oder Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland besteht oder eine Teil- oder Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Terroristische Anschläge zählen nicht zu Kriegsereignissen.

9. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

9.1. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Antragstellung

Die bei Antragstellung in Textform gestellten Fragen, z. B. im Rahmen einer Gesundheitsprüfung, müssen Sie wahrheitsgemäß und vollständig beantworten, ansonsten gefährden Sie später Ihren Versicherungsschutz. Machen Sie uns gegenüber falsche Angaben, können Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren.

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

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

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

9.2. Obliegenheiten nach Vertragsschluss ***Sie haben uns gegenüber nach Vertragsschluss die nachfolgenden Pflichten zu beachten.***

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

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

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

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

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

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

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

Sie haben uns auf Nachfrage zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen. Der Nachweis gilt als erbracht, wenn der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), Medicproof oder einen von der Pflegekasse oder von uns beauftragter Gutachter das weitere Bestehen der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person überprüft und bescheinigt.

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit oder des Pflegegrades der versicherten Person sowie den Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege, oder andersherum, anzuzeigen. Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebendbescheinigung der versicherten Person vorzulegen. Wir erstatten Ihnen die Kosten bis zur Höhe, die für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen.

9.3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Vertragsschluss

Bei Verletzung einer der Pflichten nach Vertragsschluss können wir unter Umständen den Versicherungsvertrag kündigen und Sie können Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verlieren.

Bei Verletzung einer der Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir binnen eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, den Versicherungsvertrag fristlos kündi-

gen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

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

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

10. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

11. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Wir können Versicherungsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern oder Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden.

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können Versicherungsbedingungen 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 von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

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

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

12. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

12.1. Kündigung des Versicherungsvertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich kündigen.

Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag täglich, ohne Einhaltung einer Frist, in Textform zu kündigen. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich. Sie können Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

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

12.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt der Versicherungsschutz.

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

Bei Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person.

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

13. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

14. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben in Textform zu erfolgen.

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform (z.B. E-Mail oder Brief).

15. Gerichtsstand

Für Klagen ist das an Ihrem Wohnort oder, bei Klagen gegen uns, auch wahlweise das an unserem Geschäftssitz ansässige Gericht zuständig.

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben, oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz, zuständig. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

16. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Anhang

zu den Versicherungsbedingungen für die private Pflegezusatzversicherung VPV VolksPflege in der Fassung vom 01.10.2019

Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

Im Versicherungsfall erbringen wir nach Maßgabe der zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen und der im Versicherungsschein gewählten Leistungsgrenzen folgende Leistungen:

| Versicherungs- und Assistenzleistungen | VPV VolksPflege Flex |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Pflegemonatsgeld bei ambulanter Pflege | |
| Pflegegrad 1 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 600 Euro |
| Pflegegrad 2 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 1.350 Euro |
| Pflegegrad 3 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 2.250 Euro |
| Pflegegrad 4 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.000 Euro |
| Pflegegrad 5 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.750 Euro |
| Pflegemonatsgeld bei stationärer Pflege | |
| Pflegegrad 1 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.750 Euro |
| Pflegegrad 2 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.750 Euro |
| Pflegegrad 3 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.750 Euro |
| Pflegegrad 4 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.750 Euro |
| Pflegegrad 5 | in vereinbarter Höhe, Maximalleistung bei Versicherungsbeginn: 3.750 Euro |
| Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bis Alter 64 Jahre | in vereinbarter Höhe, maximal 40.000 Euro |
| Einmalleistung bei der erstmaligen Einstufung und jeder weiteren Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad | in vereinbarter Höhe, maximal 4.000 Euro |
| Einmalleistung bei stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen | 500 Euro |

| Versicherungs- und Assistancelleistungen | VPV VolksPflege Flex |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| DFV-Pflege Assistance 24 Stunden-Hotline Informationen, Auskünfte und Vermittlung von Dienstleistungen rund um das Thema Pflege (gemäß. Beiblatt zur DFV-Pflege Assistance in der Fassung vom 01.10.2016) | ✓ |
| Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung | ✓ |
| Versicherungsdynamik | 5% alle 3 Jahre |
| Optionale Leistungsdynamik im Pflegefall | 10% alle 3 Jahre |
| Beitragsbefreiung im Leistungsfall | ✓ |
| Weltweiter Geltungsbereich | ✓ |

Gesundheitsfrage

Die DFV Deutsche Familienversicherung hat dem/der Versicherungsnehmer/in vor der Abgabe seiner Vertragserklärung die nachstehende Gesundheitsfrage in Textform gestellt, die von dem/der Antragsteller/in und/oder der versicherten Person mit „Nein“ beantwortet wurde.

Hat die zu versichernde Person

eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr, jemals einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt, das Down-Syndrom, sind bei ihr Operationen, Reha-Maßnahmen oder stationäre Behandlungen vorgesehen oder angeraten, stehen noch Untersuchungsergebnisse aus oder besteht bei ihr eine Schwangerschaft

oder bestand bei der zu versichernden Person in den letzten fünf Jahren eine der nachfolgenden Erkrankungen oder deren Folgen:

- Erkrankungen des Nerven-Systems, der Psyche, des Gehirns, der Netzhaut oder des Sehnervs

Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Aneurysma, Angststörung, Apallisches Syndrom, Autismus, Anpassungs- oder Belastungsstörung, Burn-Out, Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Demenz, Epilepsie, Erschöpfungszustand, Essstörung, Gehirnblutung, Hypochondrische Störung, Kinderlähmung, Koma, Lähmungen, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablösung sowie Schädigung des Sehnervs, Neuropathie, Parkinson, Phobische Störung, Pick-Krankheit, Psychose, Neurose, Schizophrenie, Manie, Multiples Beschwerde Syndrom, Neurasthenie, neurotische Störung, Depression, Querschnittlähmung, Rückenmarkkrankheiten, Schädel-Hirn-Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlafapnoe, Schlaganfall, Somatisierungsstörung, Subarachnoidalblutung, Suchterkrankung (z.B. Alkoholismus, Medikamenten-, Spiel- oder Drogensucht), Wahnhafte Störung, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Zwangsstörung

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Stoffwechselerkrankungen

Aortenaneurysma, Aorteninsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheit, Bypass, Arterienverkalkung, Embolien, Hämophilie (Bluterkrankheit), Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Zucker), Sichelzellenanämie, Hämolytische Anämie

- Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektion

Asthma bronchiale, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge oder Bronchien, HIV-Infektion, Immundefekte, Mukoviszidose, Organ- oder Gewebetransplantation, Sarkoidose, Lebererkrankungen, Hepatitis B oder C, Nierenerkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn

- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates

Arm- oder Beinamputation, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthritis, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatome

- Tumorerkrankungen

Gutartiger Tumor des Gehirns, bösartiger Tumor, Krebserkrankung des Blut- oder Lymphsystems?

Ist die zu versichernde Person 65 Jahre oder älter, wurde noch folgende Zusatzfrage gestellt und ebenfalls mit „Nein“ beantwortet:

Trägt die zu versichernde Person ein Körperersatzstück, eine Prothese, Gefäßstütze (z.B. Stent) oder einen Herzschrittmacher oder benötigt sie Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Hilfestellung oder Hilfsmittel beim An- und Ausziehen, Essen, Gehen oder Treppensteigen, wie z. B. Gehhilfen, Unterarmstützen, Treppenlift, Rollator oder Rollstuhl)?