

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) VIVANTE – Langzeitpflege-Versicherung für Privatpersonen

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

- 1 Zweck
- 2 Definition Pflegebedürftigkeit
- 3 Karenzfrist

Leistungen

- 4 Berechnung der Pflegebedürftigkeit
- 5 Pflegestufen
- 6 Beginn des Leistungsanspruchs
- 7 Änderung und Ende des Leistungsanspruchs
- 8 Einstufung der Pflegebedürftigkeit
- 9 Erbringung von Leistungen
- 10 Leistungsausschlüsse
- 11 Pflichten im Schadenfall
- 12 Diverses

Anhang

Fragebogen zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

Allgemeines

1 Zweck

VIVANTE schützt die versicherte Person gemäss gewählter Versicherungsvariante gegen die wirtschaftlichen Folgen von Langzeitpflegebedürftigkeit, die aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalles eingetreten ist. VIVANTE ist eine Summenversicherung: Bei ausgewiesener Pflegebedürftigkeit erbringt sie gemäss Versicherungsvertrag Leistungen, ohne dass ein Schaden nachgewiesen werden muss.

2 Definition Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die infolge Krankheit oder Unfall für die 10 alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dauer, d.h. gemäss medizinischen Erkenntnissen für mindestens 6 Monate, in erheblicher Weise, d.h. bei einer Pflegebedürftigkeit mindestens der Stufe 1 gemäss Ziffer 5, der Hilfe Dritter bedürfen.

Die Notwendigkeit persönlicher Überwachung alleine stellt keine Pflegebedürftigkeit dar.

Hilfe Dritter besteht in der Übernahme oder Unterstützung bei der Erledigung der 10 alltäglichen Lebensverrichtungen. Die Hilfe kann durch Fachpersonen, Laiinnen oder Laien erbracht werden.

Zu den 10 alltäglichen Lebensverrichtungen zählen:

- 1 Essen
- 2 Waschen
- 3 Baden oder duschen
- 4 Ankleiden
- 5 Toilette benützen
- 6 Transfer Bett – Stuhl
- 7 Gehen
- 8 Treppensteigen
- 9 Stuhlkontrolle
- 10 Urinkontrolle

3 Karenzfrist

Bei einer Pflegebedürftigkeit infolge Krankheit oder Berufskrankheit beginnt der Leistungsanspruch frühestens nach einer Karenzfrist von 3 Jahren ab Beginn der Versicherung. Für Leistungen infolge Unfalls besteht keine Karenzfrist.

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die durch besonders schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, sowie andere Krankheiten, die ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Massgebend ist die vom Bundesrat im Rahmen des Unfallversicherungsgesetzes geschaffene Liste (Art. 9 UVG).

Bei Krankheit oder Berufskrankheit besteht dieser Anspruch frühestens 3 Jahre nach Beginn der Versicherung, selbst wenn die zugrundeliegende Krankheit oder Berufskrankheit bereits während der Karenzfrist eingetreten ist.

7 Änderung und Ende des Leistungsanspruchs

Der Leistungsanspruch ändert sich, wenn sich durch eine Neueinschätzung der Pflegebedürftigkeit eine andere Pflegestufe ergibt.

Der Leistungsanspruch endet, wenn bei einer Neueinschätzung der Pflegebedürftigkeit die Gesamtpunktzahl im Fragebogen weniger als 25 Punkte beträgt, in jedem Fall aber mit der Vertragsauflösung oder dem Tod der versicherten Person.

Leistungen

4 Berechnung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person wird berechnet, indem die Einschränkung in jeder der 10 alltäglichen Lebensverrichtungen mit dem im Anhang enthaltenen Fragebogen eingeschätzt und mit Punkten bewertet wird. Dabei ist jede Frage so gestaltet, dass 0 Punkte erreicht werden, wenn keine Einschränkung besteht, 5 Punkte, wenn eine mittlere Einschränkung und 10 Punkte, wenn eine schwere Einschränkung vorliegt. Die erreichten Punkte aller 10 Lebensverrichtungen werden addiert und ergeben einen Wert zwischen 0 und 100 Punkten.

8 Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Die versicherte Person hat Helsana den Schadenfall innert 14 Tagen zu melden.

Danach holt Helsana einen Arztbericht ein, der das Vorliegen einer Krankheit oder eines Unfalls und einer Pflegebedürftigkeit (mind. 6 Monate) bestätigen muss.

Befindet sich die versicherte Person in Pflege einer Fachperson, beauftragt Helsana anschliessend diese Fachperson mit der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.

Befindet sich die versicherte Person nicht in Pflege einer Fachperson, so beauftragt Helsana eine versicherungsunabhängige Fachperson mit dieser Einschätzung.

Die Fachperson schätzt die Pflegebedürftigkeit durch Ausfüllen des Fragebogens ein und schickt diesen Helsana unverzüglich zur Auswertung zu.

Als Fachperson gilt jede diplomierte Pflegefachperson, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) als Leistungserbringende anerkannt und registriert ist. Gleichgestellt sind von Helsana beauftragte/angestellte diplomierte Pflegefachpersonen.

Helsana ist berechtigt, jederzeit Überprüfungen der ärztlichen Einschätzung bzw. der Pflegebedürftigkeit vorzunehmen.

5 Pflegestufen

Es bestehen 4 Pflegestufen:

25% des vereinbarten Taggeldes werden ab einer Punktzahl von 25 ausbezahlt (Pflegestufe 1)

50% des vereinbarten Taggeldes werden ab einer Punktzahl von 50 ausbezahlt (Pflegestufe 2)

75% des vereinbarten Taggeldes werden ab einer Punktzahl von 75 ausbezahlt (Pflegestufe 3)

100% des vereinbarten Taggeldes werden bei einer Punktzahl von 100 ausbezahlt (Pflegestufe 4)

Das vereinbarte Taggeld ist in der Versicherungspolice aufgeführt.

6 Beginn des Leistungsanspruchs

Der Leistungsanspruch beginnt frühestens an dem Tag, an dem die Pflegebedürftigkeit ausgewiesen ist. Dazu müssen 3 Voraussetzungen erfüllt sein: Ein Arztzeugnis bestätigt

- eine Krankheit oder einen Unfall
- und eine daraus entstandene Pflegebedürftigkeit, die voraussichtlich mindestens 6 Monate dauern wird
- zudem ergibt die Auswertung des Fragebogens (im Anhang) eine Pflegebedürftigkeit von mindestens 25 Punkten.

9 Erbringung von Leistungen

Die Leistungen werden pro Tag berechnet und monatlich einmal ausbezahlt. Die Zahlung erfolgt in Schweizer Landeswährung auf ein Konto in der Schweiz.

Die versicherten Leistungen werden ohne anderslautende Vereinbarung mit Helsana nur bei Pflege in der Schweiz erbracht.

10 Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu den in Ziffer 21.1 der AVB für die Krankenzusatzversicherung erwähnten Leistungsausschlüssen werden keine Leistungen erbracht:

- bei einer Pflegebedürftigkeit, die auf Schwangerschaft, Niederkunft, vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsgebrechen und direkt adäquaten Folgen davon zurückzuführen ist. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.
- bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Spital (z.B. aufgrund einer temporären Verschlechterung des Zustandes), wobei unter Spital eine von der öffentlichen Hand anerkannte Anstalt oder eine Abteilung, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient, zu verstehen ist.
- bei Pflege im Ausland
- bei Verletzung der im Schadenfall gebotenen Anzeigepflichten und Obliegenheiten (davon ausgenommen ist eine unverschuldete Verletzung der Obliegenheiten)

11 Pflichten im Schadenfall

Jeder Pflegefall, der einen Leistungsanspruch auslösen kann, ist Helsana innert 14 Tagen schriftlich zu melden. Bei verspäteter Meldung der Pflegebedürftigkeit besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.

Jede Änderung der Pflegebedürftigkeit und jeder Eintritt in ein Spital oder Austritt aus einem Spital ist Helsana innert 14 Tagen schriftlich zu melden.

Auf Verlangen von Helsana hat sich die versicherte Person ärztlich untersuchen zu lassen. In diesem Fall beauftragt Helsana eine Ärztin oder einen Arzt. In gleicher Art kann Helsana Fachpersonen mit der Überprüfung oder Neueinschätzung der Pflegebedürftigkeit beauftragen.

12 Diverses

In Abweichung an Ziffer 12.1 der AVB für die Krankenzusatzversicherungen wird die Prämie nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgelegt. Ziffer 12.2 der AVB für die Krankenzusatzversicherungen findet keine Anwendung.

In Abweichung von Ziffer 9.3 der AVB für die Krankenzusatzversicherungen endet die Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, auch wenn die versicherte Person der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt bleibt oder die Grundversicherungsdeckung im Sinne von Art. 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) weiterführt, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde.

Ergänzend Ziffer 11.1 d) der AVB für die Krankenzusatzversicherungen ist Helsana auch berechtigt, die AVB und ZVB anzupassen, wenn eine obligatorische Pflegeversicherung eingeführt wird.

Anhang

Fragebogen zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

		Hinweis: Die Einschätzung wird anhand der Beobachtung der letzten 4 Wochen vorgenommen!	Punkte
1	Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten essen ?	<input type="radio"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	–
		<input type="radio"/> Ja, gehe zur Frage 2	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Essen?	<input type="radio"/> Ja, aber nur, indem das Essen bereitgestellt wird	5
		<input type="radio"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="radio"/> Ja, die Handlungen müssen vollumfänglich von der anderen Person übernommen werden (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
2	Kann der Klient/die Klientin sich ohne Hilfe von Dritten waschen ?	<input type="radio"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	–
		<input type="radio"/> Ja, gehe zur Frage 3	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Waschen?	<input type="radio"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="radio"/> Ja, die Handlungen müssen vollumfänglich von der anderen Person übernommen werden (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
3	Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten baden oder duschen ?	<input type="radio"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	–
		<input type="radio"/> Ja, gehe zur Frage 4	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Baden oder Duschen?	<input type="radio"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="radio"/> Ja, die Handlungen müssen vollumfänglich von der anderen Person übernommen werden (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
4	Kann sich der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten ankleiden ?	<input type="radio"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	–
		<input type="radio"/> Ja, gehe zur Frage 5	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Ankleiden?	<input type="radio"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="radio"/> Ja, die Handlungen müssen vollumfänglich von der anderen Person übernommen werden (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
5	Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten die Toilette benutzen ?	<input type="radio"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	–
		<input type="radio"/> Ja, gehe zur Frage 6	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten bei der Benützung der Toilette?	<input type="radio"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="radio"/> Ja, die Handlungen müssen vollumfänglich von der anderen Person übernommen werden (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
		Punktzahl 1	

Fortsetzung auf der nächsten Seite

		Punkte
6	Kann der Klient/die Klientin sich ohne Hilfe von Dritten transferieren (Bett – Stuhl) ?	–
		0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Transferieren?	5
		5
		10
		–
7	Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten gehen ?	–
		0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Gehen?	5
		10
8	Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten treppensteigen ?	–
		0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Treppensteigen?	5
		10
9	Ist der Klient/die Klientin stuhlinkontinent ?	–
		0
	Wie oft ist der Klient/die Klientin stuhlinkontinent?	5
		10
10	Ist der Klient/die Klientin urininkontinent ?	–
		0
	Wie oft ist der Klient/die Klientin urininkontinent?	5
		10
Punktzahlen		
		Punktzahl 1
		Punktzahl 2
		Gesamte Punktzahl

Punkteschlüssel

Ich habe folgende Punktzahl erreicht:

weniger als 25

25–45 Punkte

50–70 Punkte

75–95 Punkte

100 Punkte

Das bedeutet:

keine
Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe 1

Pflegestufe 2

Pflegestufe 3

Pflegestufe 4

Der Versicherer zahlt:

keine Taggeldleistungen

25% des vereinbarten Taggeldes

50% des vereinbarten Taggeldes

75% des vereinbarten Taggeldes

100% des vereinbarten Taggeldes