

Versicherungsbedingungen (VB) VIVANTE – die Langzeitpflege-Versicherung für Privatpersonen

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Versicherungsschutz

- 1 Welchen Schutz bietet VIVANTE?
- 2 Wie berechnet sich die Pflegebedürftigkeit?
- 3 Welche Pflegestufen gibt es?

Leistungen

- 4 Wann beginnt der Leistungsanspruch?
- 5 Wann ändert sich bzw. wann endet der Leistungsanspruch?

Leistungsabwicklung

- 6 Durch wen und wie erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit?
- 7 Wie und wo werden Leistungen erbracht?
- 8 In welchen Fällen werden keine Leistungen erbracht?
- 9 Welche Pflichten habe ich insbesondere im Schadenfall?

Allgemeine Bestimmungen

Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- 11 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?
- 12 Wie kann ich die Versicherung kündigen?
- 13 Wann kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis und insbesondere die VB anpassen?

Prämie

- 14 Wie wird die Prämie erhoben?
- 15 Wann und wie wird die Prämie angepasst?
- 16 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?
- 17 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?
- 18 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?

Leistungsausschlüsse

- 19 Was ist nicht versichert?

Datenschutz

- 20 Was passiert mit meinen Daten?
- 21 Wer gehört zur Helsana-Gruppe?
- 22 Wer gehört zu den Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe?
- 23 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?
- 24 Wie lange werden die Personendaten aufbewahrt?

Mitteilungen

- 25 Wie werde ich informiert und wie erfolgt die Information an den Versicherer?

Pflichten der versicherten Person bzw. des Versicherungsnehmers

- 26 Welche Pflichten habe ich als versicherte Person?

Gerichtsstand

- 27 Wo befindet sich der Gerichtsstand?

Besonderes Kündigungsrecht

- 28 Wann besteht ein besonderes Kündigungsrecht?

Glossar

Fragebogen zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

Punkteschlüssel

Einleitung

Versicherungsträger

Die Helsana Zusatzversicherungen AG erbringt die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den versicherten Personen und wird als «Versicherer» bezeichnet.

Die wesentlichen Bestimmungen über Ihre Zusatzversicherung finden Sie

- in Ihrer Versicherungspolice (dort sind die Details Ihrer gewählten Versicherungsdeckung aufgeführt)
- in mit Ihnen speziell vereinbarten besonderen Versicherungsbedingungen (BVB); sollte dies der Fall sein, wäre dies auf Ihrer Police vermerkt
- in den vorliegenden Versicherungsbedingungen (VB)
- im Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Begriffs- resp. Personenneutralität

Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Glossar

Das Glossar im Anhang ist integrierender Bestandteil der vorliegenden Versicherungsbedingungen. *Kursiv* geschriebene Begriffe sind im Glossar erläutert.

Versicherungsschutz

1 Welchen Schutz bietet VIVANTE?

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.



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* der *Hilfe Dritter* bedürfen.

Die Notwendigkeit persönlicher Überwachung alleine stellt keine *Pflegebedürftigkeit* dar.

2 Wie berechnet sich die 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 besteht 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.

3 Welche Pflegestufen gibt es?

Es bestehen vier 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.

Leistungen

4 Wann beginnt der Leistungsanspruch?

Der Leistungsanspruch beginnt frühestens an dem Tag, an dem die *Pflegebedürftigkeit* ausgewiesen ist. Dazu müssen drei 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.

Bei *Krankheit* ist weiter zu beachten, dass durch die Karenzfrist nach Beginn der Versicherung dieser Anspruch für 3 Jahre nicht besteht. Für Leistungen infolge *Unfalls* besteht keine Karenzfrist.

Bei *Berufskrankheiten* besteht ebenfalls eine Karenzfrist von 3 Jahren.

Tritt eine *Krankheit* oder eine *Berufskrankheit* während der Karenzfrist ein und dauert danach an, besteht nach Ablauf der Karenzfrist ein Leistungsanspruch.

5 Wann ändert sich bzw. wann endet der Leistungsanspruch?

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*.

Leistungsabwicklung

6 Durch wen und wie erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit?

Die *versicherte Person* hat dem Versicherer den Schadenfall innert 14 Tagen zu melden. Danach holt der Versicherer 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 der Versicherer anschliessend diese *Fachperson* mit der Einschätzung der *Pflegebedürftigkeit*.

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

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

Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit Überprüfungen der ärztlichen Einschätzung bzw. der *Pflegebedürftigkeit* vorzunehmen.

7 Wie und wo werden Leistungen erbracht?

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 dem Versicherer nur bei Pflege in der Schweiz erbracht.

8 In welchen Fällen werden keine Leistungen erbracht?

Zusätzlich zu den in Ziffer 19 erwähnten Leistungsausschlüssen werden keine Leistungen erbracht:

- bei einer *Pflegebedürftigkeit*, welche nicht auf *Krankheit* oder *Unfall* zurückzuführen ist, insbesondere bei *Mutterschaft*, vorgeburtlichen Schädigungen, *Geburtsgebrechen* und direkt adäquaten Folgen davon
- bei Aufenthalt der *versicherten Person* in einem *Spital* (z.B. aufgrund einer temporären Verschlechterung des Zustandes)
- innerhalb der Karenzfrist
- bei Pflege im Ausland
- bei Verletzung der im Schadenfall gebotenen Anzeigepflichten und Obliegenheiten (davon ausgenommen ist eine unverschuldete Verletzung der Obliegenheiten)

9 Welche Pflichten habe ich insbesondere im Schadenfall?

Jeder Pflegefall, der einen Leistungsanspruch auslösen kann, ist dem Versicherer innert 14 Tagen schriftlich



zu melden. Bei jeder Änderung der *Pflegebedürftigkeit* und jedem Eintritt in ein *Spital* oder Austritt aus einem *Spital* ist in gleicher Weise zu verfahren.

Handelt die *versicherte Person* dem zuwider, kann der Versicherer die Leistungen kürzen oder einstellen. Bei verspäteter Meldung der *Pflegebedürftigkeit* besteht frühestens ab Eingang der Meldung Anspruch auf die versicherten Leistungen.

Auf Verlangen des Versicherers hat sich die *versicherte Person* durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. In gleicher Art kann der Versicherer *Fachpersonen* mit der Überprüfung oder Neueinschätzung der *Pflegebedürftigkeit* beauftragen.

Allgemeine Bestimmungen

Versicherungsdauer

10 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem auf der Police aufgeführten Tag.

Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr.

11 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?

Ohne gegenteilige Vereinbarung erlischt die Versicherung:

- bei Kündigung auf Ende Jahr unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
- mit dem Tod der versicherten Person

12 Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Diese Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer schriftlich gekündigt werden.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist.

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringt, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisnahme diese Versicherung schriftlich kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.

Versicherungsnehmer, die mit einer Anpassung der Versicherung nach Ziffer 13 oder einer Prämienänderung nach Ziffer 15 der Versicherungsbedingungen nicht einverstanden sind, können dieses Versicherungsprodukt auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine schriftliche Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Prämienänderungen infolge Wohnsitzwechsels berechneten nicht zur oben erwähnten ausserordentlichen Kündigung.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, im Schadenfall und bei Vertragsablauf zu kündigen. Vorbehalten bleibt der Rücktritt bei vertragswidrigem Verhalten.

13 Wann kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis und insbesondere die VB anpassen?

Der Versicherer ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die Versicherungsbedingungen anzupassen:

- Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern
- Entwicklungen der modernen Medizin bzw. Pflege
- Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapie- oder Pflegeformen
- Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung

Werden die Versicherungsbedingungen aus diesen Gründen angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und den Versicherer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich mit.

Prämie

14 Wie wird die Prämie erhoben?

Die Prämie ist für das ganze Kalenderjahr im Voraus geschuldet.

Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit erhoben. Eintritts- und Austrittsmonat sind als Ganzes zu bezahlen.

15 Wann und wie wird die Prämie angepasst?

Der Versicherer kann die Prämientarife aufgrund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfangs jährlich neu festlegen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Änderungen schriftlich mit.

Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf diesen Zeitpunkt angepasst.

16 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung zu bezahlen, ungeachtet allfällig vereinbarter Ratenzahlungen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht nach Ablauf der Mahnfrist. Der Versicherer behält sich zudem vor, von der Versicherung zurückzutreten.

Für *Krankheiten*, *Unfälle* und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie kein Leistungsanspruch.

Der Versicherungsnehmer hat den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers diesen mit einem Betrag von mindestens CHF 50.– zu entschädigen.



Muss der Versicherer ein Betreibungsbegehren stellen, so hat der Versicherungsnehmer neben den Betreibungskosten den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers mit mindestens CHF 150.– zu entschädigen.

17 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?

Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.

Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung, wenn der Vertrag weniger als 1 Jahr in Kraft war und die *versicherte Person* die Vertragsauflösung durch Kündigung veranlasste.

18 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?

Der Versicherer hat gegenüber der versicherten Person ein Verrechnungsrecht, nicht hingegen die *versicherte Person* gegenüber dem Versicherer. Leistungen können nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers rechtswirksam verpfändet oder an Dritte abgetreten werden.

Leistungsausschlüsse

19 Was ist nicht versichert?

Zusätzlich zu den in Ziffer 8 erwähnten Leistungsausschlüssen werden keine Leistungen erbracht bei:

- *Krankheiten, Unfällen* und deren Folgen,
 - die beim Abschluss der Versicherung schon bestanden haben
 - die nach Erlöschen der Versicherung aufgetreten sind
 - die nach Erlöschen der Versicherungsdeckung weiterbestehen, auch wenn bereits während der Versicherungsdauer Leistungen ausgerichtet wurden
 - die auf eine *aussergewöhnliche Gefahr* oder auf ein *Wagnis* zurückzuführen sind
- infolge Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien
- infolge kriegerischer Ereignisse in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein
- infolge kriegerischer Ereignisse im Ausland, es sei denn, die *versicherte Person* erkrankt oder verunfallt innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhält, und sie ist vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden
- kosmetischen Behandlungen und Operationen
- Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
- Selbstverstümmelung sowie dem Versuch der Selbsttötung

- absichtlicher Herbeiführung des Schadens. Bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Schadens kann der Versicherer die Leistungen entsprechend dem Grad des Verschuldens kürzen.

Datenschutz

20 Was passiert mit meinen Daten?

Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die übrigen Gesellschaften der Helsana-Gruppe bearbeiten die personenbezogenen Informationen der versicherten Personen für die Vertragsabwicklung sowie für die persönliche Patientenberatung und -betreuung, aber auch, um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen, die sie ihren potenziellen, bestehenden sowie ehemaligen versicherten Personen anbieten, fortlaufend zu verbessern. Der Versicherer kann die Bearbeitung der Daten auch in Auftrag geben.

Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der versicherten Personen möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen der Helsana Zusatzversicherungen AG oder der Gesellschaften der Helsana-Gruppe oder Partnerunternehmen (namentlich aufgeführt auf der Website des Versicherers) anzubieten, die kostengünstig sind oder für die sich die potenziellen, bestehenden oder ehemaligen versicherten Personen interessieren könnten, werden die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet.

Der Helsana Zusatzversicherungen AG und den anderen Gesellschaften der Helsana-Gruppe ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und dieses (nur) im Zusatzversicherungsbereich zu den vorgenannten Zwecken zu bearbeiten.

21 Wer gehört zur Helsana-Gruppe?

Mitglieder der Helsana-Gruppe sind die Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG, Progrès Versicherungen AG, Helsana Beteiligungen AG und die Procure Vorsorge AG.

22 Wer gehört zu den Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe?

Die aktuellen Partnerunternehmen der Helsana Zusatzversicherungen AG bzw. der Helsana-Gruppe sind auf der Website des Versicherers aufgeführt.

23 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?

Die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Helsana-Gruppe unterstehen besonders strengen Datenschutzvorschriften. Es werden daher grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an Dritte ausserhalb der Helsana-Gruppe bekannt gegeben. Ausnahmen bestehen nur in jenen Fällen, bei denen eine Datenbekanntgabe durch eine gesetzliche Bestimmung ausdrücklich vorgeschrieben bzw. erlaubt ist.



24 Wie lange werden die Personendaten aufbewahrt?

Die Personendaten werden nur so lange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen erfordern. Anschliessend werden die Personendaten gelöscht.

Mitteilungen

25 Wie werde ich informiert und wie erfolgt die Information den den Versicherer?

Mitteilungen an den Versicherer sind an die in der Police angegebene Adresse zu richten. Die versicherte Person erhält Mitteilungen vom Versicherer an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz zugestellt. Weitere Informationen wie zum Beispiel Änderungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen werden auf der Homepage des Versicherers sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

Pflichten der versicherten Person bzw. des Versicherungsnehmers

26 Welche Pflichten habe ich als Versicherungsnehmer?

Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie beim Abschluss der Versicherung bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Wird die Versicherung durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung. Der Antragsteller und die *versicherte Person* entbinden Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere zuständige Stellen von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Auskunftsbegehren des Versicherers und ermächtigen sie, die verlangten Auskünfte zu erteilen. Wohnsitzänderungen sind dem Versicherer innert Monatsfrist schriftlich mitzuteilen. Im Schadenfall hat die *versicherte Person* alles zu unternehmen, was ihre Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen von Ärzten und Pflegepersonal Folge zu leisten. Kommt sie dieser Schadenminderungspflicht nicht nach, kann der Versicherer die Leistungen entsprechend dem Grad des Verschuldens kürzen.

Gerichtsstand

27 Wo befindet sich der Gerichtsstand?

Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise möglich beim Gericht am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person oder am Sitz des Versicherers.

Besonderes Kündigungsrecht

28 Wann besteht ein besonderes Kündigungsrecht?

Für Versicherungsdeckungen, die vor dem 1.1.2008 in Kraft waren, hat der Versicherungsnehmer das Recht, in Abweichung von Ziffer 12 dieser VB den ganzen Vertrag zu kündigen.

Glossar

10 alltägliche Lebensverrichtungen

- 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

Diese Aufzählung ist abschliessend.

aussergewöhnliche Gefahr

Eine *versicherte Person* setzt sich einer aussergewöhnlichen Gefahr aus, wenn sie eine der folgenden Handlungen ausübt:

- Teilnahme an Unruhen, an Terrorakten, an kriegerischen Handlungen oder an ausländischen Militärdiensten
- vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen
- Versuch der vorsätzlichen Ausübung von Vergehen und Verbrechen
- Teilnahme an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, *versicherte Personen* seien als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
- starke Provokation anderer

Berufskrankheiten

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).

Fachperson

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



Geburtsgebrechen

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen *Krankheiten*, die bei vollendeter Geburt bestehen.

Hilfe Dritter

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

Hilfe in erheblicher Weise

Die *Pflegebedürftigkeit* muss mindestens Stufe 1 erreichen, damit ein Leistungsanspruch besteht.

Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines *Unfalles* ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die infolge *Krankheit* oder *Unfalls* für die *10 alltäglichen Lebensverrichtungen* auf Dauer, d.h. gemäss medizinischen Erkenntnissen für mindestens 6 Monate, *in erheblicher Weise* der *Hilfe Dritter* bedürfen.

Die Notwendigkeit persönlicher Überwachung alleine stellt keine Pflegebedürftigkeit dar.

Spital

Spital ist 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. Als Spitäler gelten auch die anerkannten Geburtshäuser.

Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Als Unfälle gelten auch *unfallähnliche Körperschädigungen* und *Berufskrankheiten*.

unfallähnliche Körperschädigungen

Folgende aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- Knochenbrüche
- Verrenkung von Gelenken
- Meniskusrisse
- Muskelrisse
- Muskelzerrungen
- Sehnenrisse
- Bandläsionen
- Trommelfellverletzungen

Diese Aufzählung ist abschliessend.

versicherte Person(en)

Die in der Police genannte(n) Person(en).

Wagnis

Ein Wagnis ist eine Handlung, mit der sich die *versicherte Person* einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind. Massgebend ist die vom Bundesrat im Rahmen des Unfallversicherungsgesetzes geschaffene Liste (Art. 39 UVG).



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="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
		<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 2	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Essen?	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur, indem das Essen bereitgestellt wird	5
		<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
		<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 3	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Waschen?	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
		<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 4	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Baden oder Duschen?	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
		<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 5	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Ankleiden?	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="checkbox"/> 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 benützen ?	<input type="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
		<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 6	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten bei der Benützung der Toilette?	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
		<input type="checkbox"/> 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) ?	<input type="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
	<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 7	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Transferieren?	
	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur, indem eine Person zur Überwachung der Situation da ist	5
	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann bestimmte Handlungen noch selber)	5
	<input type="checkbox"/> Ja, die Handlungen müssen vollumfänglich von der anderen Person übernommen werden (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
7 Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten gehen ?	<input type="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
	<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 8	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Gehen?	
	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann mit Hilfe einer Person noch gehen)	5
	<input type="checkbox"/> Ja, das Gehen ist aber unmöglich, ist auf vollständige Hilfe angewiesen (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
8 Kann der Klient/die Klientin ohne Hilfe von Dritten treppensteigen ?	<input type="checkbox"/> Nein, gehe zur nächsten Frage	-
	<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur Frage 9	0
	Braucht der Klient/die Klientin die Unterstützung von Dritten beim Treppensteigen?	
	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur teilweise (Klient/-in kann mit Hilfe einer Person noch treppensteigen)	5
	<input type="checkbox"/> Ja, das Treppensteigen ist nicht mehr möglich, ist auf vollständige Hilfe angewiesen (Klient/-in kann nichts mehr selber)	10
9 Ist der Klient/die Klientin stuhlinkontinent ?	<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur nächsten Frage	-
	<input type="checkbox"/> Nein, gehe zur Frage 10	0
	Wie oft ist der Klient/die Klientin stuhlinkontinent?	
	<input type="checkbox"/> 1 x pro Woche oder weniger	5
	<input type="checkbox"/> Mehr als 1 x pro Woche	10
10 Ist der Klient/die Klientin urininkontinent ?	<input type="checkbox"/> Ja, gehe zur nächsten Frage	-
	<input type="checkbox"/> Nein (Fragebogen beendet)	0
	Wie oft ist der Klient/die Klientin urininkontinent?	
	<input type="checkbox"/> 1 x pro Tag oder weniger	5
	<input type="checkbox"/> Mehr als 1 x pro Tag	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

