

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif PG in den Tarifestufen PGA und PGS. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Pflegeversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, bestehend aus den Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und den Tarifbedingungen 2017 (TB/EPV 2017), dem Tarif PG in den Tarifestufen PGA und PGS, dem Versicherungsantrag sowie dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Pflegeergänzungsversicherung als Erweiterung der gesetzlichen Pflegeversicherung (private Pflegepflichtversicherung oder soziale Pflegeversicherung). Sie sichert Sie gegen das Kostenrisiko bei Pflegebedürftigkeit ab.



Was ist versichert?

- ✓ Bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit und Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung wird ein Pflegemonatsgeld in vereinbarter Höhe bei ambulanter, teil- oder vollstationärer Pflege gezahlt. Dabei darf die Differenz der vereinbarten Monatssätze der Tarifestufen PGA und PGS während der gesamten Vertragsdauer nicht größer sein als 600 EUR.
- ✓ Soforthilfe bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 auf Antrag des Versicherungsnehmers möglich.
- ✓ Pflegeplatzgarantie.
- ✓ Vermittlung von Assistance-Leistungen.
- ✓ Option auf Höherversicherung bei Eheschließung oder Geburt bzw. Adoption eines Kindes innerhalb der tariflichen Höchstsätze um maximal 300 EUR Monatssatz, sofern die Differenz der versicherten Monatssätze in den Tarifestufen PGA und PGS nach der Erhöhung nicht größer als 600 EUR ist. Dieses Recht besteht einmalig auch bei Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer entsprechenden Berufsausbildung. Der Nachweis über den Eintritt des jeweiligen Ereignisses muss dem Versicherer spätestens zwei Monate nach Eintritt des Ereignisses zugehen.
- ✓ Leistungsanpassungsklausel: Mindestens jährlich vergleicht der Versicherer die durchschnittlichen Pflegekosten mit denen, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen. Ergibt sich dabei eine Steigerung von mehr als 10 %, so wird der vereinbarte Monatssatz ohne Risikoprüfung der Kostenentwicklung angepasst und um mindestens 100 EUR angehoben, sofern Sie nicht widersprechen. Die maximal zulässige Differenz von 600 EUR zwischen den Monatssätzen der Tarifestufen PGA und PGS muss auch bei der Leistungserhöhung eingehalten werden. Ggf. wird der höhere Monatssatz soweit abgesenkt, dass die maximale Differenz von 600 EUR erhalten bleibt.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Erstattung von Pflegekosten.
- ✗ Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen.
- ✗ Missbräuchliche Leistungsanspruchnahme.
- ✗ Versicherungsfälle, die auf Vorsatz beruhen.
- ✗ Kostenerstattungen von Assistance-Leistungen.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung [MB/EPV 2017, TB/EPV 2017] und dem Tarif PG in den Tarifestufen PGA und PGS, insbesondere in § 5 MB/EPV 2017, TB/EPV 2017.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Voraussetzung für die Tarifestufen PGA und PGS: Es muss Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung bestehen.
- ! Bei Abschluss des Vertrags dürfen keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder in der Vergangenheit bereits bezogen worden sein.
- ! Bei nachgewiesener Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017, für die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, wird ein vereinbartes Pflegemonatsgeld gezahlt, das nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der Pflege gestaffelt ist.
- ! Bei ambulanter oder teilstationärer Pflege beträgt das Pflegemonatsgeld bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1: 10 %, nach Pflegegrad 2: 30 %, nach Pflegegrad 3: 50 %, nach Pflegegrad 4: 80 % und nach Pflegegrad 5: 100 % des für Tarifestufe PGA vereinbarten Monatssatzes.
- ! Bei vollstationärer Pflege beträgt das Pflegemonatsgeld bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1: 10 % und nach den Pflegegraden 2 bis 5 jeweils 100 % des für Tarifestufe PGS vereinbarten Monatssatzes.
- ! Pflegeplatzgarantie: auf Wunsch wird innerhalb von 24 Stunden ein Platz in einem zertifizierten Pflegeheim in Deutschland vermittelt.
- ! In den ersten 6 Monaten nach erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2: Vermittlung von Assistance-Leistungen wie z. B. eines qualifizierten Pflegedienstes innerhalb von 24 Stunden, Hausnotrufsystemen oder Pflegeschulungen für Angehörige, Benennung von Servicefirmen zur Wohnungsräumung, Gartenpflege oder Schneeräumung bzw. eines Wäscheservices oder eines Menüservices.
- ! Die Zahlung der Soforthilfe bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 stellt eine Vorauszahlung von Pflegemonatsgeldleistungen dar; falls die Soforthilfe in Anspruch genommen wird, setzt die regelmäßige Zahlung der Pflegemonatsgelder erst dementsprechend später ein.



Wo bin ich versichert?



Versichert ist ein Pflegemonatsgeld in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus haben Sie Versicherungsschutz auch in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen die versicherten Personen alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Eintritt und Fortdauer eines Pflegegrades sind durch Vorlage der entsprechenden Anerkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung nachzuweisen.
- Das Ende einer vollstationären Pflege ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- Das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist dem Versicherer für jede versicherte Person unverzüglich in Textform anzuzeigen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode. Die Verrechnung der tariflichen Monatsgeldzahlung mit dem Beitrag ist auf Antrag des Versicherungsnehmers möglich.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, spätestens am Tag des Versicherungsbeginns.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz ist der Versicherer zur Fortsetzung des Vertrags - ggf. zu besonderen Vereinbarungen - verpflichtet.
- Endet die gesetzliche Pflegeversicherung, so endet die Versicherung nach den Tarifstufen PGA und PGS für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die gesetzliche Pflegeversicherung weggefallen ist.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.