



ARAG Pflege-Zusatzversicherung

Informationsblätter zu den Tarifen 68, 69, PIN
und PF

Stand 1.2018

Inhalt

Informationsblätter zu Versicherungsprodukten

Pflegekosten-Zusatzversicherung (Tarif 68)	4
Pflegetagegeld-Zusatzversicherung stationär (Tarif 69).....	6
Pflegetagegeld-Zusatzversicherung (Tarif PIN)	8
Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif PF)	10

Pflegekosten- Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif 680 bis Tarif 689

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Pflegekosten-Versicherung als Ergänzung zur privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.



Was ist versichert?

Die gewünschte Tarifwahl ist durch den Abschlussvermittler kenntlich zu machen.

Tarif 680:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 200 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 681:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 20 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 682:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 40 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 683:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 60 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 684:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 80 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 685:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 100 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 686:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 120 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 687:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 140 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 688:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 160 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 689:

- ✓ Wir erstatten zusätzlich 180 % der Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchem Pflegegrad die versicherte Person zugeordnet wurde.
- ! Die Versicherungsleistung hängt von der Leistung der Pflege-Pflichtversicherung ab.
- ! Die Höchstleistung ist auf die maximal verbleibenden Rechnungskosten nach Vorleistung durch die Pflege-Pflichtversicherung beschränkt.
- ! Übersteigt eine Pflegemaßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Pflege im Ausland gibt es Deckungsbeschränkungen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 5 sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland
- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich zudem auf andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit besteht die Verpflichtung, bei Neuabschluss einer weiteren oder bei Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit eine Einwilligung des Versicherers einzuholen.
- Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, die Absicht der Verlegung ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalls müssen unter anderem alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Pflegebedürftigkeit muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheids der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten ärztlichen Dienstes nachgewiesen werden. Jede Änderung der Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5 oder deren Wegfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter §§ 8 und 9 sowie die Tarifbeschreibung.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende. Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Tod der versicherten Person. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Pflegetagegeld- Zusatzversicherung stationär

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif 69

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Pflegetagegeldversicherung bei vollstationärer Pflege.



Was ist versichert?

- ✓ Wir zahlen das vereinbarte Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 für jeden Tag der vollstationären Pflege.

Den vereinbarten Tagessatz können Sie dem Antrag entnehmen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Keine Leistungspflicht besteht für ambulante Pflege.
- ✗ Keine Leistungspflicht besteht für Versicherte, die in Pflegegrad 1 eingestuft sind.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Bei Pflege im Ausland besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 5 sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit besteht die Verpflichtung, bei Neuabschluss einer weiteren oder bei Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit eine Einwilligung des Versicherers einzuholen.
- Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, die Absicht der Verlegung ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen unter anderem alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Pflegebedürftigkeit muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheids der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten ärztlichen Dienstes nachgewiesen werden. Jede Änderung der Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5 oder deren Wegfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter §§ 8 und 9 sowie die Tarifbeschreibung.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende. Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Tod der versicherten Person. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Pflegezeitgeld- Zusatzversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif PIN1 bis PIN5

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Pflegezeitgeldversicherung.



Was ist versichert?

Die gewünschte Tarifwahl ist durch den Abschlussvermittler kenntlich zu machen.

Tarif PIN1:

✓ Wir zahlen ein Pflegezeitgeld bei Pflegegrad 1.

Tarif PIN2:

✓ Wir zahlen ein Pflegezeitgeld bei Pflegegrad 2.

Tarif PIN3:

✓ Wir zahlen ein Pflegezeitgeld bei Pflegegrad 3.

Tarif PIN4:

✓ Wir zahlen ein Pflegezeitgeld bei Pflegegrad 4.

Tarif PIN5:

✓ Wir zahlen ein Pflegezeitgeld bei Pflegegrad 5.

Den jeweils vereinbarten Tagessatz können Sie dem Antrag entnehmen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

✗ Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchem Pflegegrad die versicherte Person zugeordnet wurde.

! Bei Pflege im Ausland gibt es Deckungsbeschränkungen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 5 sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland
- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich zudem auf andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit besteht die Verpflichtung, bei Neuabschluss einer weiteren oder bei Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit eine Einwilligung des Versicherers einzuholen.
- Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, die Absicht der Verlegung ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen unter anderem alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Pflegebedürftigkeit muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheids der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten ärztlichen Dienstes nachgewiesen werden. Jede Änderung der Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5 oder deren Wegfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den §§ 8 und 9 sowie die Tarifbeschreibung. Insbesondere ist hierzu Ziffer 1. a) der Tarifbeschreibung zu beachten.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende. Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Beitragsbefreiung

Ab Ersten des Monats, für den der Versicherer wegen des Eintritts des Versicherungsfalls ein Pflegetagegeld aus einer der Leistungsstufen PIN4 oder PIN5 gewährt, wird der Versicherungsnehmer von der Beitragszahlung für die betroffene versicherte Person in allen abgeschlossenen Leistungsstufen des Tarifs PIN befreit.

Einzelheiten zur Beitragsbefreiung enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Ziffer 2 b) der Tarifbeschreibung (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Tod der versicherten Person. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif PF

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Pfl egetagegeldversicherung. Der Tarif wird durch eine staatliche Zulage gefördert.



Was ist versichert?

- ✓ Wir zahlen das vereinbarte Pfl egetagegeld für jeden Monat, in dem Pfl egebedürftigkeit nach Pfl egegrad 5 besteht, in Höhe von 30 Tagesätzen.
- ✓ Bei Pfl egebedürftigkeit nach einem der Pfl egrade 1, 2, 3 oder 4 wird das vereinbarte Pfl egetagegeld anteilig gezahlt:
10 % bei Pfl egebedürftigkeit nach Pfl egegrad 1,
20 % bei Pfl egebedürftigkeit nach Pfl egegrad 2,
30 % bei Pfl egebedürftigkeit nach Pfl egegrad 3
und
40 % bei Pfl egebedürftigkeit nach Pfl egegrad 4.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte den §§ 3 und 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pfl egebedürftigkeit beziehen oder bezogen haben, können nicht versichert werden.

Einzelheiten zur Einschränkung der Versicherungsfähigkeit entnehmen Sie bitte § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten.

Einzelheiten zur Deckungsbeschränkung entnehmen Sie bitte § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Vertragsleistungen im Ausland in Anspruch genommen werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Fragen im Antragsformular, die für die Feststellung der Versicherungs- und Förderfähigkeit maßgeblich sind, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Speziell die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage sind bei Abschluss des Vertrags zu bestätigen:
 - Versicherung in der sozialen oder der privaten Pfl egepflichtversicherung (gesetzliche Pfl egeversicherung).
 - Kein Bezug von Leistungen wegen Pfl egebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pfl egeversicherung.
 - Vollendung des 18. Lebensjahres.
 - Kein weiterer Vertrag für Sie über eine geförderte ergänzende Pfl egeversicherung besteht, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gewährt.
 - Ihr monatlicher Eigenanteil am Beitrag muss mindestens 10 Euro betragen.
 - Das vereinbarte Pfl egetagegeld in Pfl egegrad 5 muss mindestens 20 Euro täglich betragen.
- Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Förderfähigkeit führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pfl egeversicherung nicht mehr fortbesteht, müssen Sie dem Versicherer unverzüglich in Textform anzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie die Feststellung der Pfl egebedürftigkeit sowie die Zuordnung zu einem Pfl egegrad nachweisen. Außerdem müssen Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den §§ 2a, 2b, 9 und 14.



Wann und wie zahle ich?

Ihr Beitrag ist von Ihrem Eintrittsalter abhängig. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Der Tarif wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllen Sie die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage in Höhe von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird.

Der nach Anrechnung der staatlichen Zulage verbleibende Eigenanteil des Beitrags wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate in Höhe des Eigenanteils wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den nach Anrechnung der staatlichen Zulage verbleibenden Eigenanteil des Erstbeitrags schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag in Höhe des Eigenanteils nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine zweimonatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

In Höhe der staatlichen Zulage wird der Beitrag gestundet, bis die Zulage an uns gezahlt wird. Die Zulage wird also auf den Beitrag angerechnet. Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns. Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für jede versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Rentenversicherungsnummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde. Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag bzw. den darin versicherten Personen gutgeschrieben.

Einzelheiten zur Beitragszahlung entnehmen Sie bitte § 9 Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Wichtig ist, dass Sie uns Veränderungen der Zulageberechtigung unverzüglich anzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gewährt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten.

Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Die Wartezeit beträgt fünf Jahre. Sie entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes und zur Wartezeit entnehmen Sie bitte den §§ 4, 5 und 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 8, 17, 18 und 19 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen.

Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrags zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich.

Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, zum Beispiel bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.