

Mit diesem Informationsblatt geben wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PV. Diese Informationen sind nicht abschließend. Alle Einzelheiten zu Ihrem Vertrag finden Sie in folgenden Unterlagen: im Tarif PV, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017), Ihrem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Die Tarifstufe PVN ist für Personen ohne Anspruch auf Beihilfe. Die Tarifstufen PVB sind für Personen mit Anspruch auf Beihilfe.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Der Tarif PV ist die private Pflegepflichtversicherung nach Paragraph 110 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Er erfüllt damit die gesetzliche Versicherungspflicht. Sie erhalten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.



Was ist versichert?

Bei Pflegebedürftigkeit zahlen wir monatlich Leistungen für Ihre Pflege aus. Die Höhe der Leistungen hängt ab:

- von Ihrer Tarifstufe: Ohne Anspruch auf Beihilfe erhalten Sie bis zu 100 Prozent der genannten Beträge. Mit Anspruch auf Beihilfe finden Sie die Prozentsätze in der folgenden Tabelle.

Tarifstufe	Prozentsatz für die Erstattung
PVN	100 %
PVB50	50 %
PVB30	30 %
PVB20	20 %

- von der Art der Pflege: häusliche Pflege durch Pflegedienst oder Angehörige, teilstationäre oder vollstationäre Pflege im Pflegeheim
- von Ihrem Pflegegrad

✓ Häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst

Die Kosten für häusliche Pflege durch einen Pflegedienst erstatten wir monatlich. Abhängig vom Pflegegrad erstatten wir:

Pflegegrad	Erstattung (100 %) monatlich
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	bis 724,00 EUR
Pflegegrad 3	bis 1.363,00 EUR
Pflegegrad 4	bis 1.693,00 EUR
Pflegegrad 5	bis 2.095,00 EUR

Zusätzlich erstatten wir monatlich bis zu 125,00 EUR für Leistungen zur Entlastung der Pflegenden oder im Alltag (Entlastungsbetrag).

- ✓ **Häusliche Pflege durch Angehörige: Pflegegeld**
Wenn Sie keinen Pflegedienst beschäftigen, können Sie Pflegegeld beantragen. Das Pflegegeld ist z. B. für pflegende Angehörige gedacht.

Abhängig vom Pflegegrad zahlen wir die folgenden Beträge monatlich:

Pflegegrad	Zahlung (100 %) monatlich
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	316,00 EUR
Pflegegrad 3	545,00 EUR
Pflegegrad 4	728,00 EUR
Pflegegrad 5	901,00 EUR

Zusätzlich erstatten wir monatlich bis zu 125,00 EUR für Leistungen zur Entlastung der Pflegenden oder im Alltag (Entlastungsbetrag).

✓ Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Die Kosten für allgemeine Pflegeleistungen erstatten wir bei teilstationärer Pflege monatlich. Abhängig vom Pflegegrad erstatten wir:

Pflegegrad	Erstattung (100 %) monatlich
Pflegegrad 1	--
Pflegegrad 2	bis 689,00 EUR
Pflegegrad 3	bis 1.298,00 EUR
Pflegegrad 4	bis 1.612,00 EUR
Pflegegrad 5	bis 1.995,00 EUR

Zusätzlich erstatten wir monatlich bis zu 125,00 EUR für Leistungen zur Entlastung der Pflegenden oder im Alltag (Entlastungsbetrag).

✓ Vollstationäre Pflege im Pflegeheim

Die Kosten für allgemeine Pflegeleistungen erstatten wir bei vollstationärer Pflege monatlich pauschal. Abhängig vom Pflegegrad erstatten wir:

Pflegegrad	Erstattung (100 %) monatlich
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	770,00 EUR
Pflegegrad 3	1.262,00 EUR
Pflegegrad 4	1.775,00 EUR
Pflegegrad 5	2.005,00 EUR

* In Pflegegrad 1 erhalten Sie monatlich einen Zuschuss von pauschal 125,00 EUR.

bitten die versicherte Person, direkt mit einer von uns beauftragten Person zu sprechen, z. B. einem Arzt oder Gutachter.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Kosten für Unterkunft und Verpflegung
- ✗ Kosten für besondere Komfortleistungen, die mehr als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind
- ✗ Kosten für die Behandlung einer Krankheit, z. B. Arztkosten
- ✗ Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Sie können eine andere Zahlungsweise mit uns vereinbaren: vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich.
- Den ersten Beitrag müssen Sie innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt Ihres Versicherungsscheins zahlen. Falls Sie etwas anderes mit uns vereinbart haben, gilt das.
- Sie müssen Ihre Beiträge zahlen, solange Sie bei uns versichert sind.
- Wenn Sie sechs oder mehr Monatsbeiträge nicht gezahlt haben, müssen wir das dem Bundesversicherungsamt melden. Die zuständige Verwaltungsbehörde kann gegen Sie ein Bußgeldverfahren einleiten.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Für häusliche Pflege durch einen Pflegedienst und teilstationäre Pflege gilt: Die in den Tabellen genannten Erstattungen sind Höchstbeträge. Waren die Kosten niedriger, erstatten wir nur die tatsächlichen Kosten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem Termin, der in Ihrem Versicherungsschein steht. Erst wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, ist unser Vertrag mit Ihnen geschlossen. Es gelten für Sie die Wartezeiten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Leistungen aus Ihrem Tarif erhalten Sie erst nach Ablauf der Wartezeiten.
- Wenn ein Versicherungsfall vor Beginn des Versicherungsschutzes eintritt, leisten wir nicht.
- Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie sind in Deutschland versichert.
- ✓ Wenn Sie sich vorübergehend im Ausland aufhalten, gelten Sonderregeln. Diese finden Sie in den AVB.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antrag richtig und vollständig beantworten.
- Bitte informieren Sie uns in folgenden Fällen sofort:
Wenn ein Kind, das beitragsfrei mitversichert ist, erwerbstätig wird. Es muss sich ggf. selbst versichern.
Wenn sich eine versicherte Person in der sozialen Pflegepflichtversicherung versichern muss. Dieser Fall tritt ein, wenn die versicherte Person in die gesetzliche Krankenversicherung wechselt.
- Sie dürfen keine weitere private Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen.
- Sie müssen uns bei Veränderungen Ihrer gesundheitlichen Situation informieren. Das gilt, wenn Sie pflegebedürftig werden, sich der Pflegegrad ändert oder Sie nicht mehr pflegebedürftig sind. Weiter müssen Sie uns über stationäre Behandlungen oder eine Unterbringung aufgrund einer richterlichen Anordnung informieren.
- Ggf. muss die versicherte Person ihren Arzt oder Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden. Nur dann können wir die nötigen Informationen einholen. Oder wir



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Ihr Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren. Das erste Versicherungsjahr endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Versicherung beginnt. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.
- Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens zum Ende der Mindestlaufzeit. Sie haben eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Sie können Ihren Vertrag auch in folgenden Fällen kündigen:
→ wenn Sie in die soziale Pflegepflichtversicherung wechseln, weil Sie sich gesetzlich krankenversichern
→ wenn Sie in Deutschland nicht mehr versicherungspflichtig sind
- Wichtig: In Deutschland muss jeder pflegepflichtversichert sein. Das müssen wir sicherstellen. Wir sind dazu gesetzlich verpflichtet. Die neue Pflegepflichtversicherung muss nahtlos an Ihre gekündigte Versicherung anschließen. Sie

müssen uns den Nachweis Ihrer neuen Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung schicken. Ansonsten ist Ihre Kündigung unwirksam. Ihr Vertrag bei uns läuft dann weiter.