

Pflegetagegeldversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Unternehmen: vigo Krankenversicherung VVaG

Produkt: Pflegetagegeldversicherung (Tarif PT)
„Düsseldorfer Pflegegeld“

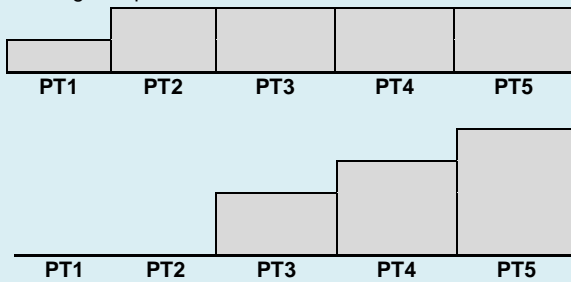
Dieses Blatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in den Vertragsunterlagen (Antrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Pflegetagegeldversicherung. Sie bietet Leistungen für den Fall der Pflegebedürftigkeit (nach Einstufung in Pflegegrade).

 **Was ist versichert?**

- ✓ Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen einer Pflegebedürftigkeit in Form einer Pflegetagegeldversicherung in Abhängigkeit vom vereinbarten Versicherungsumfang.
- ✓ Es müssen mindestens die Pflegegrade 4 und 5 versichert werden. Das Pflegetagegeld für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 darf das versicherte Pflegetagegeld für den jeweils nächst höheren Pflegegrad nicht überschreiten.
- ✓ Flexible Versicherbarkeit der Pflegetagegelder, Absicherungsbeispiele:

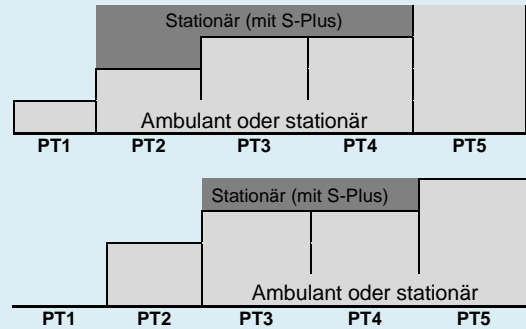


- ✓ **Sie können das Pflegetagegeld um zusätzliche Leistungen erweitern:**
 - ✓ **Dynamik im Leistungsfall** (AVB Teil III, Ziffer 1.13, Tarifergänzung Dyn)
Die geleisteten Pflegetagegelder werden (falls versichert) – ab Eintritt vom Pflegegrad 3 – alle 12 Monate um 3 % erhöht.
 - ✓ **Einmalleistung** bei erstmaligem Eintritt einer versicherten Pflegebedürftigkeit (AVB Teil III, Ziffer 1.12, Tarifergänzung E).
Diese Leistung wird bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit in der vereinbarten Höhe gezahlt. Sie kann während der Vertragslaufzeit nur einmal gezahlt werden. Der nachfolgenden Tabelle können Sie entnehmen, ab welchem Pflegegrad ein Leistungsanspruch auf Einmalleistung besteht:

Versicherte Pflegetagegelder	Einmalleistung bei Eintritt einer der Pflegegrade
5, 4	5, 4
5, 4, 3	5, 4, 3
5, 4, 3, 2	5, 4, 3
5, 4, 3, 2, 1	5, 4, 3, 2


- ✓ **Erhöhung der stationären Leistungen** (AVB Teil III, Ziffer 1.11.b, Tarifergänzung **S-Plus**)
Die Leistungen für stationäre Pflege werden ab Pflegegrad 3 (sofern versichert) auf die Höhe des Pflegegrades 5 angehoben. Bei einer Absicherung in allen Pflegegraden (PT 5-1) gilt die Erhöhung bereits ab Pflegegrad 2.

Absicherungsbeispiele mit Erhöhung der stationären Leistungen (Baustein S-Plus):




- ✓ **Dynamische Anpassung Ihres Vertrages**
Sie haben das Recht, alle 36 Monate, gerechnet seit Versicherungsbeginn, den Versicherungsschutz in den versicherten Pflegegraden ab Pflegegrad 2 um höchstens zwei Leistungsstufen (eine Leistungsstufe entspricht 5 € Pflegetagegeld) ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Voraussetzungen und weitere Einzelheiten ergeben sich aus AVB Teil III, Ziffer 3. Zudem besteht die Möglichkeit, Ihren Vertrag jederzeit – mit erneuter Gesundheitsprüfung – während der Vertragslaufzeit anzupassen.
- ✓ **Optionsrecht und Assistance-Leistungen**
Weiteres Tarifmerkmal ist das **Optionsrecht** bei Änderungen der gesetzlichen Grundlage in der Pflegepflichtversicherung für den Begriff der Pflegebedürftigkeit (AVB Teil III, Ziffer 4) sowie **Assistance-Leistungen** nach Eintritt des Versicherungsfalles (AVB Teil III, Ziffer 5).
- ✓ **Entfällt die Pflicht zur Zahlung des Beitrags im Leistungsfall?**
Bei Leistungszahlung für Pflegegrad 5 gilt eine Beitragsbefreiung. Eine Beitragsbefreiung ab dem zweitkleinsten versicherten Pflegegrad (AVB Teil III, Ziffer 1.14, **B-Basis**) ist optional versicherbar. Es gilt dann die Regelung gemäß nachfolgender Tabelle:

Versicherte Pflegetagegelder	Beitragsbefreiung gilt bei Vorliegen der Pflegegrade
5, 4	5
5, 4, 3	5, 4
5, 4, 3, 2	5, 4, 3
5, 4, 3, 2, 1	5, 4, 3, 2

 **Was ist nicht versichert?**

- ✗ Die Ursache für eine Pflegebedürftigkeit spielt im Normalfall keine Rolle - mit folgenden Ausnahmen (AVB Teil I, § 5): Die Pflegebedürftigkeit wird durch Kriegsereignisse, als Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder durch Vorsatz verursacht.

 **Gibt es Deckungsbeschränkungen?**

- ! Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die entsprechende Einstufung nach den Pflegegraden 1 bis 5 sind in den AVB Teil I in § 1a beschrieben. Er entspricht dem Begriff der Pflegebedürftigkeit der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI. Wird die Pflegebedürftigkeit nicht nach diesen Richtlinien bewertet, besteht hierfür kein Versicherungsschutz.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit (AVB Teil II, § 1 Abs. 5). Bitte beachten Sie, dass wir für unter Umständen anfallende Begutachtungskosten nicht aufkommen können.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Ihre Pflichten bei Vertragsabschluss**
Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertrages ist die Prüfung Ihres Gesundheitszustandes und weiterer Angaben, die wir im Antrag erfragen. Die dazu gestellten Fragen sind sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In Zweifelsfällen fragen Sie bitte bei uns nach. Beantworten Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß, so kann dies zur Folge haben, dass Sie keine Leistungen aus dem Vertrag erhalten.
- **Ihre Pflichten während der Vertragslaufzeit**
Außer Ihrer Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge brauchen Sie während der Vertragslaufzeit nichts weiter zu beachten. Sofern Sie den Abschluss einer weiteren Pflegezusatzversicherung beabsichtigen, so erteilen wir hiermit unser Einverständnis. Auf AVB Teil I, § 9 Abs. 6 wird somit verzichtet.
Ihre Pflichten im Versicherungsfall (AVB Teil I, § 9)
Die Leistung müssen Sie beantragen. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit dient das Gutachten der Begutachtungsdienste der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung. Jede Veränderung der Pflegebedürftigkeit oder deren Wegfall ist uns anzuzeigen (AVB Teil I, § 9 Abs. 1).

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann zur Folge haben, dass wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder völlig leistungsfrei sein können.



Wann und wie zahle ich?

- Die Höhe des Beitrags für den gewählten Versicherungsschutz können Sie dem Angebot bzw. dem Versicherungsschein entnehmen. Der Beitrag wird jeweils zum 1. eines Monats fällig. Weitere Einzelheiten dazu finden Sie in AVB Teil I, § 8.
- Der Beitrag ist Ihre Gegenleistung für den Versicherungsschutz, den wir sicherstellen. Damit Ihr Vertrag wirksam werden kann, ist es erforderlich, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig zahlen (AVB Teil I, § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 37 VVG).
- Sollten Sie im Laufe der Vertragsdauer den Beitrag nicht wie vereinbart zahlen, so sind wir berechtigt, den Vertrag zu kündigen (AVB Teil I, § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 38 VVG).

Die Nichtzahlung des Beitrags bedeutet für Sie den Verlust des Versicherungsschutzes.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den Beitrag rechtzeitig zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Vertrages.
- Der Versicherungsschutz gilt ab dem ersten Tag des Bestehens Ihres Vertrages (AVB Teil II, § 3 Abs. 2 und 3). Auch im Leistungsfall bestehen keine Wartezeiten.
- Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der versicherten Person.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Kalenderjahres (nach Erfüllung der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren) mit Frist von 3 Monaten in Textform kündigen.
- Die Kündigung des Vertrags einer mitversicherten Person wird nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffene Person über die Kündigung informiert ist.