

Leistungsdokumentation Pflegetagegeldversicherung

Versicherer	Pflegetagegeldtarif	Versicherungsnehmer (Name, Anschrift und Geburtsdatum)
DKV Deutsche Krankenversicherung AG Aachener Straße 300 50933 Köln	KPET	

1.	Vertrag	
1.1	Was ist das Mindesteintrittsalter?	Es gibt kein Mindesteintrittsalter
1.1.1.	Was ist das Höchsteintrittsalter?	Es gibt kein Höchsteintrittsalter
1.2.	Wird ab einem bestimmten Eintrittsalter stichprobenartig oder generell ein Arztbericht angefordert - unabhängig von der Beantwortung der Gesundheitsfragen?	Nein
1.3.	Ist vertraglich eine Wartezeit vereinbart? Wenn ja, wie lange beträgt die Wartezeit?	Nein
1.4.	Was ist die Mindestlaufzeit vom Vertrag?	2 Vertragsjahre, VJ entspricht KJ. 1. Jahr ist Rumpfsjahr.
1.5.	Verzichtet der Versicherer bei dem Tarif auf das ordentliche Kündigungsrecht?	JA
1.6..	Werden bei dem Tarif Alterungsrückstellungen gebildet?	JA
1.6.1	Werden auch Tarife ohne Alterungsrückstellungen angeboten? Wenn ja, kann der Kunde auch irgendwann in einen Tarif mit Alterungsrückstellung wechseln?	Nein
1.7.	Werden bei Zahlungsschwierigkeiten Überbrückungsmöglichkeiten angeboten (z.B. eine temporäre Beitragsaussetzung, eine Stundung der Beiträge oder eine Verlegung des Beginns)?	Ist tariflich nicht geregelt
1.7.1.	Besteht bei Zahlungsschwierigkeiten die Möglichkeit in einen leistungsschwächeren Tarif zu wechseln? Sind bei diesem Tarifwechsel Besonderheiten zu beachten?	Reduzierung des Tagessatzes
1.7.2.	Wann erfolgt bei Zahlungsschwierigkeiten die Kündigung durch den Versicherer?	Erste Zahlungserinnerung erfolgt 19 Tage nach Fälligkeit. Nach weiteren 19 Tagen erfolgt eine Mahnung mit Kündigung. Dem VN wird eine Zahlungsfrist von zwei Wochen gesetzt. Nach deren Verstreichen ist die Kündigung wirksam.
1.7.3.	Besteht die Möglichkeit nach Kündigung durch den Versicherer mangels Beitragszahlung den Vertrag wieder ohne Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen? In welchem Zeitraum ist das möglich?	Die Kündigung wird aufgehoben, wenn der Kunde den Beitragsrückstand innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der Kündigung begleicht.
1.8.	Ist das Versicherungsjahr identisch mit dem Kalenderjahr?	JA
1.9.	Bis wann muss die Pflegebedürftigkeit spätestens beim Versicherer angezeigt werden? (Meldefrist)	Unverzüglich, spätestens 30 Tage nach der ärztlichen Feststellung
1.9.1.	Was passiert wenn die Pflegebedürftigkeit zu spät (erst nach der Meldefrist) angezeigt wurde?	Leistungspflicht erst ab Zugangstag

1.9.2	Ab welchem Zeitpunkt wird nach dem Tarif die Leistung fällig? Erst wenn das Pflegegutachten vorliegt oder ab dem Monat, wo die Pflegeleistung beantragt wurde?	Leistungspflicht ab ärztl. Feststellung der Pflegebedürftigkeit
1.9.3.	Bis zu welchem Zeitpunkt garantiert der Versicherer dem Kunden den Leistungsantrag bearbeitet zu haben? 14 Tage? 4 Wochen?	Keine Aussage / Zusage
1.9.4.	Wird das Pflegetagegeld im Leistungsfall monatlich ausbezahlt? Vorschüssig oder nachschüssig?	Ja, monatlich. Nachschüssig.
2.	Pflegestufen	
2.1.	Können die Pflegestufen bei diesem Tarif flexibel ausgewählt werden?	Nein.
2.1.1.	Gibt es dabei Besonderheiten zu beachten?	Nein
2.1.2.	Was ist der maximal versicherbare Tagessatz in den einzelnen Pflegestufen einschließlich der Pflegestufe 0 (Demenz)?	KPET: 80 €, KPET + KPEK: 90 €
2.1.3.	Kann der Pflegetagegeldsatz während der Vertragslaufzeit auch ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden (keine Dynamik)? Wenn ja bis zu welchem Satz und in welcher Pflegestufe?	Nur mit Dynamik vor und nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit
2.2.	Wird in Pflegestufe 0 (Demenz) geleistet?	JA
2.2.1.	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden in Pflegestufe 0 geleistet?	10 %
2.2.2.	Wird eine Einmalzahlung in der Pflegestufe 0 gezahlt?	Nein
2.2.3.	Ist die Pflegestufe 0 (Demenz) bei diesem Tarif automatisch mitversichert?	JA
2.3.	Wird in Pflegestufe 1 (ambulant) geleistet?	JA
2.3.1.	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden geleistet?	25 %
2.4.	Wird in Pflegestufe 2 (ambulant) geleistet?	JA
2.4.1	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden geleistet?	50 %
2.5.	Wird in Pflegestufe 3 (ambulant) geleistet?	JA
2.5.1.	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden geleistet?	75 % (Härtefälle auch 100 %)
2.6.	Wird in Pflegestufe 1 (stationär) geleistet?	JA
2.6.2.	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden geleistet?	100 %
2.7.	Wird in Pflegestufe 2 (stationär) geleistet?	JA
2.7.1	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden geleistet?	100 %
2.8.	Wird in Pflegestufe 3 (stationär) geleistet?	JA
2.8.1.	Wie viel Prozent des versicherten Tagessatzes werden geleistet?	100 %
2.9.	Erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sowie die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen gemäß dem Sozialgesetzbuch (SGB)?	JA
2.9.1.	Erfolgt die Feststellung der Pflegestufe 0 nach der Reisberg-Skala? Wenn ja, nach wie vielen Stufen unterscheiden Sie dabei? 4 oder 7 Stufen? Ab welcher Einstufung wird dann geleistet?	Nein
2.9.2.	Erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach ADL (Activities of Daily Living)?	Nein
2.9.3.	Bei wieviel ADL-Pflegepunkten erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe 1?	Nein
2.9.4.	Bei wieviel ADL-Pflegepunkten erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe 2?	Nein
2.9.5.	Bei wieviel ADL-Pflegepunkten erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe 3?	Nein

3.	Ausland	
3.1	Gilt der Versicherungsschutz automatisch auch im Ausland?	JA
3.1.1	Wenn ja, gilt der Versicherungsschutz weltweit?	Nein
3.1.2.	Wenn ja, aber nur in der EU, EWR und der Schweiz?	EU und EWR
3.3	Wenn ja, nur bei einem vorübergehendem Aufenthalt? Wie lange ist dann vorübergehend vertraglich definiert? 3 Monate? 1 Jahr?	6 Wochen weltweit
3.4	Muss der Auslandsaufenthalt dem Versicherer schriftlich angezeigt werden?	Nein
3.4.1	Wird für den Auslandsaufenthalt ein Beitragszuschlag verlangt? Wenn ja, in welcher Höhe? Ist dieser von der Dauer und dem entsprechenden Land abhängig?	Nein
3.5	Kann der Vertrag auch nach Beendigung der deutschen gesetzlichen Pflegepflichtversicherung fortgeführt werden?	Nein, VN kann auch in der PPV versichert sein.
3.5.1	Wie wird dann die Einteilung in die Pflegestufen ermittelt?	Grenzgänger: DKV beauftragt MDP
3.5.2.	Muss die Feststellung der Pflegestufen zwingend in Deutschland erfolgen? Wenn ja wie? Durch den Medizinischen Dienst oder einen Arzt?	Nein
3.5.3	Wird die Feststellung der Pflegestufen auch durch einen Arzt im Ausland akzeptiert?	Nur durch Ärzte des MDPs
3.5.4.	Wer übernimmt dafür die Kosten?	VN
3.5.5.	Was passiert, wenn die versicherte Person durch eine mögliche Pflegebedürftigkeit nicht transportfähig ist und nicht nach Deutschland reisen kann? Wie erfolgt dann die Feststellung der Pflegestufen?	DKV beauftragt den MDP
3.6.	Wird die Einstufung in die Pflegestufen regelmäßig vom Versicherer überprüft? (zum Beispiel: jährlich?)	nein
3.7.	Muss der VN im Leistungsfall die Beiträge weiter bezahlen?	Ja

4.	Ausschlüsse	
4.1	Sieht der Tarif im Leistungsfall eine Beschränkung nur auf Unfälle vor?	Nein
4.2.	Sieht der Tarif im Leistungsfall eine Beschränkung nur auf bestimmte Krankheiten vor?	Nein
4.3.	Wird bei suchtbedingter Pflegebedürftigkeit geleistet?	Nein, sofern ausschließlich wegen Sucht
4.4.	Wird während einer stationären Reha-Maßnahme, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt geleistet? Gibt es dabei eine zeitliche Begrenzung der Leistung?	Ja, in den ersten 4 Wochen.
4.5.	Wird bei Pflege durch Laien bzw. Familienangehörigen geleistet?	JA
4.5.1.	Erfolgt dabei eine Leistungskürzung?	Nein
4.5.2.	Wird ein Kostennachweis dafür verlangt? Wenn ja, wie muss der genau aussehen?	Nein
4.6.	Wird bei dem Tarif auf Karenzzeiten verzichtet?	JA

5.	Dynamik vor dem Leistungsfall	
5.1.	Sieht der Tarif eine dynamische Anpassung des Tagessatzes vor dem Leistungsfall vor?	JA

5.2	Wann findet bei dem Tarif zum ersten Mal eine dynamische Erhöhung statt und mit welchem Prozentsatz?	Alle 3 Jahre bei Veränderung von mind. 10 % +/- der allgemeinen Lebenshaltungskosten
5.3	Wie sieht die dynamische Erhöhung dann in den Folgejahren aus?	Alle 3 Jahre ggf., bei Veränderung von mind. 10% +/- der allgemeinen Lebenshaltungskosten
5.4.	Ab welchem Mindestalter wird der Vertrag dynamisiert?	Keines
5.5.	Bis zu welchem Höchstalter wird der Vertrag dynamisiert?	Keines
5.6.	Wird die Dynamisierung bei einem Tageshöchstsatz begrenzt (gedeckelt) und nimmt dann nicht mehr weiter an der Dynamisierung teil?	90 € (neben PEK 80€)

6.	Dynamik im Leistungsfall	
6.1.	Sieht der Tarif eine dynamische Anpassung des Tagessatzes im Leistungsfall vor?	JA
6.2	Wann findet bei dem Tarif zum ersten Mal eine dynamische Erhöhung im Leistungsfall statt und mit welchem Prozentsatz?	Alle 3 Jahre bei Veränderung von mind. 10 % +/- der allgemeinen Lebenshaltungskosten
6.3.	Wie sieht die dynamische Erhöhung dann in den Folgejahren aus?	Alle 3 Jahre ggf., bei Veränderung von mind. 10% +/- der allgemeinen Lebenshaltungskosten
6.4.	Ab welchem Mindestalter wird der Vertrag im Leistungsfall dynamisiert?	Keines
6.6.	Bis zu welchem Höchstalter wird der Vertrag im Leistungsfall dynamisiert?	Keines
6.6.	Wird die Dynamisierung bei einem Tageshöchstsatz begrenzt (gedeckelt) und nimmt dann nicht mehr weiter an der Dynamisierung teil?	90 € (neben PEK 80 €)

7.	Nachversicherung / Erhöhungsoptionen	
7.1	Besteht in dem Tarif ein Recht auf Nachversicherung? Wie sehen die Bedingungen aus?	Nein
7.2.	Besteht in dem Tarif ein Recht auf Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung?	Nein
7.3.	Besteht in dem Tarif ein Optionsrecht in höherwertige Tarife zu wechseln? Wenn ja, zu welchen Bedingungen ist das möglich? (z.B. ohne Gesundheitsprüfung?)	Nein
7.3.1.	Zu welchem Zeitpunkt kann das Optionsrecht zum ersten Mal ausgeübt werden?	Nein
7.3.2.	Werden nach der Tarifumstellung die bisher erworbenen Alterungsrückstellungen in den neuen Tarif überführt?	Nein
7.4.	Besteht in dem Tarif ein garantiertes Optionsrecht bei Gesetzesänderung?	Nein

7.4.1.	Gibt es dabei Fristen zu beachten?	Nein
7.4.2.	Erfolgt die Umstellung ohne Gesundheitsprüfung?	Nein
7.4.3.	Erfolgt eine Umstellung auch bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit?	Nein
7.4.4.	Gibt es für die Umstellung eine Altersbegrenzung, ab welchem eine Umstellung nicht mehr möglich ist?	Nein
7.4.5.	Ist eine Umstellung von weiteren Voraussetzungen abhängig?	Nein
7.5.	Besteht die Möglichkeit einer Kindernachversicherung ohne Gesundheitsprüfung?	JA
7.5.1.	Wie lange muß das versicherte Elternteil dafür mindestens in dem Tarif versichert sein?	3 Monate
7.5.2.	Wann muss die Anmeldung des Kindes spätestens erfolgen?	2 Monate nach Geburt
7.5.3.	Gibt es dabei Besonderheiten zu beachten?	VS nicht höher als VN
7.5.4.	Ab welchem Lebensjahr muss das Kind den Beitrag für Jugendliche entrichten?	15
7.5.5.	Ab welchem Lebensjahr muss der Jugendliche den Erwachsenenbeitrag bezahlen?	20
7.6.	Gibt es eine Nachversicherungsgarantie, wenn von der versicherten Person der Ehegatte oder der Lebenspartner pflegebedürftig wird oder verstirbt?	Nein
7.6.1	Wenn ja, um wie viel Prozent kann ich dann das Pflegetagegeld ohne Gesundheitsprüfung erhöhen?	Nein
7.7.	Wann kann eine Beitragsanpassung in dem Tarif erfolgen?	Wenn die erforderlichen von den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als 5 % bzw. mehr als 10% abweichen. Dies erfolgt nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders
8.	Sonderleistungen	
8.1	Besteht bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit ein vertraglicher Anspruch auf eine Beitragsbefreiung?	Nein
8.1.1	Wenn ja, ab welcher Pflegestufe?	Nein
8.1.2.	Ab welchem Monat wird der Vertrag dann beitragsfrei gestellt?	Nein
8.1.2.	Ab welchem Monat wird die Beitragsbefreiung wieder aufgehoben?	Nein
8.2	Besteht bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ein vertraglicher Anspruch auf eine Einmalleistung?	Nein

8.2.1.	Wenn ja, ab welcher Pflegestufe wird geleistet? Und in welcher Höhe wird geleistet?	Nein
8.2.2.	Wird die Einmalleistung gestaffelt ausbezahlt?	Nein
8.3.	Sind medizinische Servicedienstleistungen mitversichert? Wenn ja, welche?	Nein
8.4.	Ist eine Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit mitversichert?	Nein
8.4.1.	Gibt es dabei Wartezeiten zu beachten?	Nein
8.5.	Gibt es weitere Besonderheiten zu beachten?	Nein

9.	Beratungsergebnis (Empfehlung der Absicherung)

10.	Beratungsergebnis (Begründung für die empfohlene Absicherung)

11.	Annahmeentscheidung des Versicherers
	Die Antragsannahme ist zu normalen Bedingungen möglich. oder abweichend (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/>

Wichtige rechtliche Hinweise:

Die Übersicht der Leistungspunkte in der Leistungsdokumentation kann die versicherten Leistungen nur auszugsweise wiedergeben. Rechtsverbindlich sind ausschließlich die ausführlichen Verbraucherinformationen des Versicherers. Diese entnehmen Sie bitte den entsprechenden allgemeinen, den besonderen Versicherungsbedingungen, den Tarifbedingungen, dem Produktinformationsblatt, den Kundeninformationen, sowie eventuell weitere Tarifinformationen in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses aktuellen Fassung des Versicherers.

Ich habe die Verbraucherinformationen in folgender Form vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden:

- Papier
- Datenträger (z.B. gebrannte CD, USB-Stick)
- Mail

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift des Antragstellers

Gesprächsdokumentation und Gesundheitsfragen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich diese Auswertung erhalten zu haben. Alle angegebenen Leistungspunkte wurden ausführlich besprochen und verstanden. Auf die Wichtigkeit der richtigen, vollständigen und wahrheitsgemäßen Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag wurde ich mehrfach hingewiesen. Auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG wurde ich gesondert belehrt.

Notizen / Anmerkungen

Gesprächstermin / -termine und Gesprächsteilnehmer			
Termin am	von	bis	Gesprächsteilnehmer

Alle meine Fragen wurden vollumfänglich beantwortet.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift weitere/ r Gesprächsteilnehmer/ in

Unterschrift des Vermittlers