

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen PG1(D), PG2(D), PG3(D), PG4(D), PG5(D), PGU, PZ. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Vertrags zur Pflegeergänzungsversicherung erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.518/10.16, 1.519/06.18), dem Versicherungsantrag und 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, die die Pflegepflichtversicherung ergänzt. Sie sichert Sie im vertraglichen Umfang gegen das Pflegerisiko durch die Zahlung eines vereinbarten Pflegemonatsgeldes ab.



Was ist versichert?

PG1(D), PG2(D), PG3(D), PG4(D), PG5(D)

- ✓ Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit im versicherten Pflegegrad ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt.
- ✓ Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%.

PG1D, PG2D, PG3D, PG4D, PG5D

- ✓ Durch den Abschluss der Option erhält die versicherte Person auch nach Vollendung des 70. Lebensjahres, alle 2 Jahre, ein Angebot des Versicherers zur Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Bei Abschluss dieser Option werden alle versicherten Tarifeinheiten um das Tariffkennzeichen „D“ ergänzt. Nähere Einzelheiten zur Dynamikregelung entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/06.18).

Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PG entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/06.18).

PGU

- ✓ Der Tarif PGU erbringt eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls, wenn die versicherte Person mindestens dem Pflegegrad 2 zuzuordnen ist.
- Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PGU entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/06.18).

PZ

- ✓ Der Tarif leistet bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegemonatsgeld in vereinbarter Höhe und ist staatlich förderfähig. Im Pflegegrad 1 werden 10%, im Pflegegrad 2 werden 20%, im Pflegegrad 3 werden 30%, im Pflegegrad 4 werden 50% und im Pflegegrad 5 werden 100% des vereinbarten Pflegemonatsgeldes gezahlt.
- Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PZ entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.518/10.16).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Keine Leistungspflicht besteht u.a. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten.
Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/06.18).
- ✗ Keine Leistungspflicht besteht u.a. für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten.
Weitere Informationen hierzu finden Sie im § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (1.518/10.16).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchen Tarif die versicherte Person gewählt hat und welches Pflegegeld vereinbart wurde.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegemonatsgeldversicherung auf Pflege weltweit.
- ✓ Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.
- ✓ Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/06.18).
- ✓ Im Ausland wird das versicherte Pflegemonatsgeld nur dann gezahlt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung dort ebenfalls Leistungen erbringt. In der Europäischen Union und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie der Schweiz ist das regelmäßig der Fall.
Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, insbesondere unter § 6 Abs. 3 MB/GEVP (1.518/10.16).



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/06.18).
- Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Förderfähigkeit führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr fortbesteht, ist uns unverzüglich anzuzeigen. Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung unter §§ 14 und 15 MB/GEVP (1.518/10.16).
- Eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische bzw. soziale Pflegepflichtversicherung ist uns innerhalb der ersten drei Monate nach Einstufung vorzulegen. Liegt keine solche Einstufung der Pflegebedürftigkeit vor, hat sich die versicherte Person auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/06.18).
- Um Versicherungsleistungen zu erhalten, müssen Sie die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie die Zuordnung zu einem Pflegegrad nachweisen. Außerdem sind sämtliche Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich sind. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung unter §§ 14 und 15 MB/GEVP (1.518/10.16).
- Die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich bei uns geltend gemacht werden. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/06.18).



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, insbesondere unter § 8 der MB/EPV 2009 (1.519/06.18).

- Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag. Er beträgt mindestens 15 Euro (Mindestbeitrag) einschließlich des Zulagenanteils in Höhe von 5 Euro. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, insbesondere unter § 9 der MB/GEVP (1.518/10.16).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und – soweit tariflich vorgesehen – dem Ablauf der Wartezeiten.
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.
- Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, auch z.B. durch die erstmalige Berücksichtigung einer Altersrückstellung, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung.
- Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/06.18) in den Absätzen (1), (4) und (5), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. finden Sie unter § 14.

Für Tarif PZ sind die dargestellten wesentlichen Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte unter § 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung geregelt (1.518/10.16).