

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz im Tarif FörderPflege (Tarif 490). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (bestehend aus den Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) des Verbandes der privaten Krankenversicherung und den Allgemeinen Tarifbedingungen des Münchener Vereins Tarif 490), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Pfl egetagegeldversicherung nach Tarif 490 für Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SG XI erhalten.



### Was ist versichert?

Wir erbringen bei Pflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegegrade 1 - 5) ein Pfl egetagegeld. Sobald die gesetzliche Pflegeversicherung bei Ihnen Pflegebedürftigkeit festgestellt und eine Zuordnung zu einem der Pflegegrade vorgenommen hat, erhalten Sie mit Beginn der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung das vertraglich vereinbarte Pfl egetagegeld, über das Sie frei verfügen können. Nachweise über tatsächlich anfallende Kosten müssen Sie nicht vorlegen.

Im Leistungsfall werden monatlich die nachfolgend aufgeführten Leistungen ausgezahlt:

Das Pfl egetagegeld beläuft sich

- ✓ in Pflegegrad 5 auf mindestens 22 EUR
- ✓ bei Pflegegrad 1 auf 10 % des versicherten Pfl egetagegeldes des Pflegegrades 5,
- ✓ bei Pflegegrad 2 auf 20 %,
- ✓ bei Pflegegrad 3 auf 30 % und
- ✓ bei Pflegegrad 4 auf 40 %.

Wenn eine Beitragsbefreiung nach den Tarifstufen 421 B, 423 B gemäß den Tarifbestimmungen zur Deutschen PrivatPflege – Pfl egetagegeldversicherung vereinbart wurde, umfasst diese auch Tarif 490.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Die versicherten Personen dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegeversicherung derzeit beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben.
- ✗ Bei Abschluss des Vertrages müssen die versicherten Personen das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- ✗ Bei Abschluss des Vertrages darf für keine der versicherten Personen ein weiterer Vertrag über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Wir weisen darauf hin, dass möglicherweise auch mit dieser Versicherung im Fall der Pflegebedürftigkeit keine vollständige Absicherung der Pflegekosten erreicht werden kann und daher Versorgungslücken entstehen können. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund künftig steigender Pflegekosten.
- ! Leistungsausschlüsse, zum Beispiel wegen eines erhöhten Risikos, sind nicht vereinbart.
- ! Die Kostenerstattung ist jeweils auf die vereinbarte Höhe begrenzt.
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt auch davon ab, welchem Pflegegrad die versicherte Person zugeordnet wurde.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Im Ausland wird das versicherte Pfl egetagegeld 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.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Fragen im Antragsformular, die für die Feststellung der Versicherungs- und Förderfähigkeit maßgeblich sind, insbesondere, ob Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind und ob Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder früher bezogen worden sind, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.
- Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Förderfähigkeit führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr fortbesteht, müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Sie erhalten die Leistungen nur auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit erfüllt ist und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen wird.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Zuordnung zu einem der Pflegegrade nachweisen. Außerdem müssen Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Ansonsten kann Ihr Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise entfallen.



### Wann und wie zahle ich?

Der Tarif wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Werden die persönlichen Fördervoraussetzungen erfüllt, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle für jede zulagenfähige Person eine Zulage in Höhe von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Der monatliche Eigenanteil am Beitrag muss je versicherte Person mindestens 10 Euro betragen.

Der nach Anrechnung der staatlichen Zulage verbleibende Eigenanteil der Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen.

Der erste Beitrag in Höhe des Eigenanteils ist unverzüglich spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Beginn der Versicherung. Die weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind grundsätzlich jeweils am Ersten eines Monats fällig. Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.

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/Zulagennummer 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.



### 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) und dem Ablauf der Wartezeit von 5 Jahren. Der Vertrag wird auf unbestimmte Dauer geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Die Versicherung endet, wenn die Versicherungsfähigkeit entfällt.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Ein außerordentliches Kündigungsrecht steht Ihnen im Falle einer Beitragserhöhung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu.