

Pflegevorsorge

Pflege-Tarife ab 01.01.2017 (Pflegergrade - ungeforderte Pflegevorsorge)

Zielgruppe: [fTS-HLT] PTG - Gesamt - fairTest-Standard

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Tarif: MB/EPV 2017 (Stand 01.2017); (PG) - Pflegetagegeld

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) mit Sitz in Köln wurde 2005 gegründet und besteht aus 41 Unternehmen, sowie 9 weiteren Mitgliedern. Der PKV berät seine Mitgliedsunternehmen bei der Tarifgestaltung und Einführung neuer Tarife. Zudem vertritt er die Interessen der privaten Krankenversicherungen in der nationalen und europäischen Gesetzgebung.

Tarif und Zielgruppen-Legende/Kürzel:

HLT = Höchstleistungstarif
PTG = Pflegetagegeld
PRV = Pflegerenten
PG = Pflegetarif
fTS = fairTest Standard (ca. 40 bis 60 Fragen)
+ = zzzgl. bewertete Optionen

Allgemeine Hinweise:

Jede einzelne Frage wird einem Tarifschwerpunkt zugeordnet. Es wurde auf eine „ja/nein“ Wertung verzichtet, stattdessen kann es nach Art der Bewertungsfrage bis zu 11 Bewertungsstufen/-merkmale geben (in 10% Schritte). Somit ist ein hoher Detaillierungsgrad möglich. Unberücksichtigt bleibt bei der Bewertung die Versicherungsprämie, da sie keine Information darüber liefert, wie ein Tarif kalkuliert wurde und welche Tarifmerkmale prämierelevant sind. Somit ist die Bewertung neutral gegenüber den Prämien. Aufgrund der hohen Anzahl der Bewertungsfragen und Wertungs- sowie Qualitätsmerkmale ist es schwerer, dass Tarife eine Erfüllungsquote zwischen 90% bis 100% erreichen.

Nach Bewertungsart: Kombination

Bei der Bewertungsart "Kombination" werden die besonders wichtigen Fragen gegenüber den anderen Fragen doppelt so stark bewertet. Nicht alle möglichen Risiken können in der Bewertung berücksichtigt werden. Für den Versicherungsnehmer können bewertete Schwerpunkthinhalte mehr oder weniger wichtig sein. Eine individuelle Detailauswertung kann in Form eines Detail-Gutachtens erworben werden. Zudem ist auch ein Direktvergleich zwischen zwei Tarifen möglich, sowohl alte und neue Tarife. Bei der Bewertung werden i. d. R. zwischen 70 bis 200 Schwerpunktfragen je nach Zielgruppe berücksichtigt. Trotz intensiver Beurteilung der Vertragsbedingungen kann es zu Fehlern kommen. Bindend sind die jeweils bestehenden Versicherungsbedingungen und möglichen Sondervereinbarungen.

Der Tarif erfüllt die Bedingungsmerkmale in der Gesamtheit zu:

22,00 %

Bewertung der Tarifschwerpunkte: Jeder Tarif hat seine besonderen Schwerpunkte und ist nicht überall gut. Aus diesem Grund werden die Fragen entsprechend den Tarifschwerpunkten zugeordnet und bewertet. So kann man erkennen, wo der Tarif seine Stärken und Schwächen hat und ob eventuell durch andere Klauseln die Bedingungen aufgeweicht werden. Ein aufweichen der Bedingungen erkennt man besonders, wenn der einzelne Tarifschwerpunkt keine 100% erfüllt.

Assistance-Leistungen (Vermittlung-, Beratungs- und finanzielle Leistungen)	0 %
Ausschlüsse: Allgemein	30 %
Definition: Erweiterte ADL- und Demenz-Leistungen	25 %
Definition: SGB (Allgemeine Anerkennungen)	67 %
Dynamik (Beitrags- und Summendynamik)	0 %
Dynamik (Leistungsdynamik)	0 %
Fristen	0 %
Geltungsbereich	0 %
Kündigungen	30 %
Leistungen: Allgemein	0 %
Leistungen: Allgemeine Leistungshöhe	0 %
Leistungen: Ambulant	100 %
Leistungen: Stationär	20 %
Leistungen: Zusätzlich (Extra-/Sonderleistungen/Pflegeminderung)	0 %
Nachversicherungen: Erhöhungsoptionen (Anlässe)	0 %
Obliegenheiten/Mitwirkungspflichten	44 %
Optionen: Tarifwechselrechte (bei SGB-Änderung, RI und RA, etc.)	13 %
Prämien-/ Beitragszahlung: Allgemein (z.B. Anwartschaften, Stundungen, etc.)	0 %
Prämien-/ Beitragszahlung: Leistungsphase	0 %

Weitere Kurz-Informationen zum Tarif**Zusätzliche Begründungen bzw. Informationen für einen Vertragsabschluss:**

Es wurden die Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. bewertet. Diese Musterbedingungen liegen den meisten Pfl egetagegeld- und –kostenversicherungen zu Grunde und werden von dem jeweiligen Versicherer durch eigene Klauseln ergänzt.

Besonderheiten des Tarifes:**Definition:**

Die Musterbedingungen sehen eine Einordnung der Pflegebedürftigkeit nach den Vorgaben des SGB XI mit Stand 01.2017 vor. Die Bedingungen sehen keine Regelung vor, nach welcher ein Leistungsbescheid der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung als Nachweis der Pflegebedürftigkeit ausreichend ist. Eine Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach einem ADL-System wird nicht angeboten.

Leistungshöhen:

In den Musterbedingungen sind keine Regelungen zu den Leistungshöhen bei ambulanter oder stationärer Pflege in den einzelnen Pflegegraden vorhanden.

Zusatzleistungen und Einmalzahlung:

Zusatzleistungen, wie eine Einmal- oder Todesfalleistung, sind in den Musterbedingungen nicht vorgesehen.

Assistance-Leistungen (z.B. Vermittlung eines Pflegeheimplatzes):

Eine Vermittlung von Pflegeheimplätzen oder andere Assistance-Leistungen sind nicht vorgesehen.

Ausschlüsse & Einschränkungen der Leistung:

Nach den Musterbedingungen besteht keine Leistungspflicht bei Sucht und Vorsatz. Zudem gibt es weitere Ausschlüsse.

Weltweiter Versicherungsschutz:

Der Versicherungsschutz besteht laut Musterbedingungen nur innerhalb Deutschlands.

Voraussetzung für den Vertragsabschluss:

Es ist keine Voraussetzung, dass die versicherte Person bei Vertragsschluss in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein muss. Nach Vertragsabschluss bleibt der Versicherungsschutz auch ohne Pflichtversicherung bestehen.

Kindernachversicherungs- und Erhöhungsoptionen:

Eine Kindernachversicherung ist laut Musterbedingungen nach den gesetzlichen Vorgaben möglich. Eine Erhöhungsoption ist nicht vorgesehen.

Dynamische Erhöhung:

- Vor dem Pflegefall:
Die Musterbedingungen sehen keine dynamische Erhöhung der Leistung vor Eintritt des Leistungsfalls vor.
- Während des Pflegefalls:
Die Musterbedingungen sehen keine dynamische Erhöhung der Leistung nach Eintritt des Leistungsfalls vor.

Beitragsbefreiungen und -stundung:

- Vor dem Pflegefall:
Eine Beitragsbefreiung oder –stundung z.B. bei Zahlungsschwierigkeiten wird laut Musterbedingungen nicht angeboten.
- Während des Pflegefalls:
Eine Beitragsbefreiung nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit wird laut Musterbedingungen nicht angeboten.

Obliegenheiten:

Der Eintritt, der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind laut Musterbedingungen unverzüglich zu melden. Gleiches gilt bei einem Krankenhaus-, Kur- und Sanatorium-Aufenthalt. Die versicherte Person ist zudem dazu verpflichtet sich von einem vom Versicherer beauftragten Gutachter untersuchen zu lassen und allen Anweisungen eines Arztes zur Minderung der Pflegebedürftigkeit Folge zu leisten.

Wartezeiten:

Laut Musterbedingungen besteht eine Wartezeit von 3 Jahren.