

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Deutschland

PflegeBahr

Mit diesem Informationsblatt geben wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PflegeBahr. Diese Informationen sind nicht abschließend. Alle Einzelheiten zu Ihrem Vertrag finden Sie in folgenden Unterlagen: im Tarif PflegeBahr, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung: Musterbedingungen (MB/GEPV 2022) und Tarifbedingungen (TB/GEPV 2017), Ihrem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Der Tarif PflegeBahr ist eine staatlich geförderte Pflegetagegeld-Versicherung. Abhängig vom Pflegegrad leistet sie eine bestimmte Summe, die Sie vorher mit uns vereinbaren.



Was ist versichert?

- ✓ Wenn Sie pflegebedürftig werden, zahlen wir Ihnen ein Pflegetagegeld.
- ✓ Sie entscheiden zu Vertragsbeginn, wie hoch das versicherte Pflegetagegeld maximal ist. Abhängig von dem jeweiligen Pflegegrad berechnen wir mit dem versicherten Pflegetagegeld den Auszahlungs-Betrag.
- ✓ Wir zahlen den genannten Prozentsatz vom versicherten Pflegetagegeld wie folgt:

In Pflegegrad 1	10 %
In Pflegegrad 2	20 %
In Pflegegrad 3	30 %
In Pflegegrad 4	40 %
In Pflegegrad 5	100 %

Für jeden Monat zahlen wir nachträglich 30 Tagessätze Pflegetagegeld. Das gilt unabhängig davon, wie viele Kalendertage ein Monat tatsächlich hat.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Die tatsächlichen Kosten für die Pflegebedürftigkeit sind nicht versichert, wie z. B. Rechnungen von Pflegediensten. Sie erhalten das Pflegetagegeld als pauschale Auszahlung und können damit entstandene Pflegekosten bezahlen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Ab Versicherungsbeginn haben Sie eine Wartezeit von fünf Jahren. Für diese Zeit erhalten Sie kein Pflegetagegeld, unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie sind in Deutschland versichert.
- ✓ Im Ausland zahlen wir das Pflegetagegeld, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung dort ebenfalls leistet. Innerhalb der Europäischen Union und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums ist das regelmäßig der Fall. Einzelheiten finden Sie in den AVB.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antrag richtig und vollständig beantworten.
- Ihre Angaben zur Förderfähigkeit müssen richtig und vollständig sein. Andernfalls haben Sie von Anfang an keinen Versicherungsschutz und müssen die Zulage zurückzahlen.
- Sie müssen uns bei Veränderungen Ihrer gesundheitlichen Situation informieren. Das gilt, wenn Sie pflegebedürftig werden, sich der Pflegegrad ändert oder Sie nicht mehr pflegebedürftig sind.
- Sie müssen uns informieren, wenn die Förderfähigkeit endet. Zum Beispiel wenn Sie nicht mehr gesetzlich pflegeversichert sind.
- Wenn es erforderlich ist, muss die versicherte Person ihren Arzt oder Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden. Nur dann können wir die nötigen Informationen einholen.
- Oder wir bitten die versicherte Person, direkt mit einer von uns beauftragten Person zu sprechen, z. B. einem Arzt oder Gutachter.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er setzt sich zusammen aus dem Eigenanteil von mindestens 10,00 EUR und der staatlichen Zulage von 5,00 EUR.

- Der Eigenanteil ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Sie können eine andere Zahlweise mit uns vereinbaren: vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich.
- Den ersten Eigenanteil müssen Sie innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt Ihres Versicherungsscheins zahlen. Falls Sie etwas anderes mit uns vereinbart haben, gilt das.
- Sie müssen Ihren Eigenanteil zahlen, solange Sie bei uns versichert sind.
- Wenn Sie Ihren Eigenanteil zu spät zahlen, können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Ggf. müssen Sie Mahnkosten zahlen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem Termin, der in Ihrem Versicherungsschein steht. Erst wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, ist unser Vertrag mit Ihnen geschlossen.
- Sie haben eine Wartezeit von fünf Jahren nach Versicherungsbeginn. Leistungen aus Ihrem Tarif erhalten Sie erst nach Ablauf der Wartezeiten.
- Die Wartezeit entfällt, wenn Sie durch einen Unfall nach Vertragsbeginn pflegebedürftig werden.
- Wenn ein Versicherungsfall vor Beginn des Versicherungsschutzes eintritt, leisten wir nicht.
- Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Ihr Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren. Das erste Versicherungsjahr endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Versicherung beginnt. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.
- Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs kündigen, frühestens zum Ende der Mindestlaufzeit. Sie haben eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Wenn sich die Beiträge für eine versicherte Person durch eine Beitragsanpassung erhöhen, können Sie diesen Teil des Vertrags außerordentlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate. Sie beginnt, wenn Sie die Information zur Beitragserhöhung erhalten haben.