

Test Pflegetagegeldversicherung Finanztest Januar 2009
Testsieger DKV mit den höchsten Testnoten im PreisLeistungsverhältnis Tarif PET
bei allen 4 getesteten Kategorien

Stiftung
Warentest



 **Finanztest**

[Vollständiges Testergebnis öffnen](#)

Kategorie 1: Vergleichstest weibliche Versicherte Alter 45 Jahre
Kategorie 1: Vergleichstest weibliche Versicherte Alter 55 Jahre
Kategorie 1: Vergleichstest männliche Versicherte Alter 45 Jahre
Kategorie 1: Vergleichstest männliche Versicherte Alter 55 Jahre
Kein anderer Anbieter wurde im PreisLeistungsverhältnis höher bewertet

Die Qualität der Versicherungsbedingungen:

Die DKV erfüllt alle Bedingungskriterien zum Erreichen der Höchstbewertung:

1. Dynamisierung ohne Gesundheitsprüfung möglich.
2. Verzicht auf die 3-jährige Wartezeit.
3. Sofortige Zahlung im Leistungsfall.
4. Einfacher Nachweis der Pflegebedürftigkeit.
5. Kein Höchstaufnahmearter.
6. 100% Leistung bei stationärer Pflege schon ab Pflegestufe I.
7. Vereinfachte Gesundheitsfragen, die nur z.Zt. vorhandene Krankheiten betreffen

Interaktiver Rechner



Männer

Ist das Bild zu klein vergrößern Sie
einfach das Bild!

Hier klicken zum

Rechner Frauen



Beim Testsieger abschließen! Rechner und Antragsformular des Testsiegers
 Testsieger Finanztest Januar 2009 Höchstnote sehr gut ++ beim PreisLeistungsverhältnis in
 allen Altersgruppen. Auch Testsieger Ökotest Oktober 2008 Test Pflegeversicherung

Rechner zur Berechnung des Monatsbeitrags einer Pflgetagegeldversicherung nach Tarif PE Das Berechnungsergebnis
 und die Personendaten werden automatisch beim Überschreiben auf den Versicherungsantrag nächste Seite übertragen!

1. Person männlicher Versicherter
 Berechnungsergebnis Pflgetagegeldversicherung
 Monatsbeitrag in EUR

Hier oben alles überschreiben. Die eingegebenen
 Daten werden automatisch in das Antragsformular
 auf dert nächsten Seite übertragen!

30 € = halbe Deckung

60 € = volle Deckung

Einfach hier links auf ihr Alter und die
 gewünschte Höhe des Tagegelds
 klicken und im gelben Beitragsfenster
 erscheint der korrekte Beitrag, der
 automatisch in das Antragsformular
 auf der nächsten Seite übertragen wird!

Monatliche Leistungen bei
 stationaerer Pflege
 immer 100% bei
 Heimbeduerftigkeit

Stufe III 100%

Stufe II 100%

Stufe I 100%

Leistungen bei
 haeuslicher
 Pflege

Stufe III/H 100%

Stufe III 75%

Stufe II 50%

Stufe I 25%

Den am PC ausgefüllten Antrag können
 Sie ausdrucken und senden ihn uns per
 Post oder Fax zu. Sie können den
 unterschriebenen Antrag auch scannen
 und als Emailanhang versenden.
 Den am PC ausgefüllten Antrag können
 Sie nicht abspeichern. Machen Sie sich
 eine Druckkopie!

Antrag senden an DKV Richard Damme Hafenstr. 50 67061
 Ludwigshafen Fon 062154933292 Fax 0721/151 288 913 Klrh

Antrag = nächste Seite 2 senden an DKV-Vertretung Anwalt- und Notar-Versicherung z.H Herr Damme Hafenstr. 50;
 67061 Ludwigshafen; Fon 0621/549332 oder faxen ohne Deckblatt an 0721/151 288 913 Karlsruhe

A. Angaben zum Antragsteller

Vorname(n)/Zuname		z. Zt. ausgeübter Beruf		Geb.-Tag/ Monat/ Jahr	
Straße und Hausnummer			PLZ	Wohnort	
Telefon (privat)*	Telefon (geschäftl.)*	Fax*		E-Mail*	
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt als (z. B. Beamter)		seit
<input type="checkbox"/> Neuantrag (noch nicht DKV-Kunde)		Versicherungs-Nr. KV	Mitarbeiter ERGO <input type="checkbox"/>		DMS 01102

B. Angaben zum beantragten Versicherungsschutz

Person 1

Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)		z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	
Geb.-Tag/ Monat/ Jahr	Geschlecht	Nationalität	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet

Person 2

Vorname(n)/(Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)		z. Zt. ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	
Geb.-Tag/ Monat/ Jahr	Geschlecht	Nationalität	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet

Person 1 Beginn	Tag	Monat	Jahr
			2 0 0
Tarif(e)	Tagegeldhöhe	Tarifbeitrag	
PET			
PT3			
PTO**			
PEK			
monatlicher Gesamtbeitrag			

Person 2 Beginn	Tag	Monat	Jahr
			2 0 0
Tarif(e)	Tagegeldhöhe	Tarifbeitrag	
PET			
PT3			
PTO**			
PEK			
monatlicher Gesamtbeitrag			

** nur in Verbindung mit dem Tarif PT3

C. Sonstige Angaben und Fragen

- a) Besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung?
Person 1 nein ja **Person 2** nein ja
- b) Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private Pflegeergänzungsversicherung?

Pers.	nein	ja	Versicherer	von - bis	Tarif	ggf. Tagegeldhöhe
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. a. „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“, Rückseite): Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. **Reicht der Platz nicht:** Antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV – 50594 Köln – **innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Für Tarif PT3 sind nur die Fragen 1 und 2 zu beantworten.

1. Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder wurde bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder sozialen Pflegeversicherung gestellt?

Person	Wenn ja, weswegen besteht Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt?
1	
2	

2. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung, ein chronisches Leiden oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/ein Grad der Behinderung?
3. Größe und Gewicht cm/kg

Person 1		Person 2	
nein	ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nähere Angaben zu Frage 2, wenn mit „ja“ beantwortet:

Pers.	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?)	Behandlungen/ Beschwerden von bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser; wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/beschwerdefrei?

D. Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft)

Antrag senden an DKV Richard Damme Hafenstr. 50 67061 Ludwigshafen Fon 062154933292 Fax 0721/151 288 913 Klrh

E. Beitragszahlung und Schlusserkklärungen

Der Gesamtbeitrag soll monatlich vierteljährlich halbjährlich minus 2% Skonto jährlich minus 3% Skonto abgerufen werden.

Konto für Leistungen des Versicherers und Abruf <input type="checkbox"/> wie bisher	Kontoinhaber mit Vor- und Zuname (falls abweichend vom Antragsteller)	Konto-Nr.	Bankleitzahl
	Geldinstitut	PLZ	Ort
Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)			

Der Vermittler ist – ungeachtet der gegebenenfalls erteilten Abrufermächtigung – gegen Vorlage seines Ausweises berechtigt, die erste Beitragsrate zu kassieren; als Quittung gilt die Durchschrift des Antrages. Gebühren und Nebenleistungen werden nicht erhoben.

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

- Mit meiner Unterschrift gebe ich die umseitig abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en). (Alternative 1)
- Die umseitig abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Folgen für diese Entscheidung habe ich der Rückseite entnommen. (Alternative 2)

Ich bin damit einverstanden, dass mir schriftlich und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der DKV gegeben werden

ja nein. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf der Rückseite abgedruckten Erklärungen (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht und zum Datenschutz) ab.

Ort und Datum

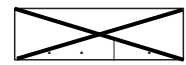
Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

Vom Vermittler auszufüllen:

QUITTUNG

Bei Antragstellung habe ich erhalten: Beitrag Krankenversicherung



Wurden zu den Antragsfragen Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind? nein ja

Wenn ja, welche?

Unterschrift des Vermittlers

Agentur-Nr.

F. Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt
 – der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 – der Informationsblätter gemäß § 7 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Für Vermerke der Gesellschaft.	A	OE-Nummer	%	X-Antrag	Zugangsweg	NGSt.	Kunden-Nummer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300 · 50933 Köln

DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln · Vorstand: Günter Dibbern, Vorsitzender
Rolf Bauernfeind · Jürgen Lang · Dr. Ulf Mainzer · Dr. Jochen Messemer · Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570
weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111



Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe.

KRANKENVERSICHERUNGS-ANTRAG für Tarife PET, PT3, PTO und PEK

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln, bzw. Stresemannstraße 111, 10963 Berlin. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 01 80/5 78 60 00 (14 ct/Min.*), service@dkv.com.

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

(* aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Abschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweisen wir auf die Ausführungen zu Fragen zur Gesundheit auf der Vorderseite.

Schweigepflichtentbindung

1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

2. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Erklärungen für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Folgen der Schweigepflichtentbindung im Einzelfall

Die Entscheidung, eine Entbindung von der Schweigepflicht jeweils nur im Einzelfall nach Information durch den Versicherer abzugeben (2. Alternative, Vorderseite, unter E. Beitragszahlung und Schlusserklärungen), kann

- den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
- zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Databases führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftseinheit einholt.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vor Abgabe der Vertragserklärung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den Unterlagen gemäß Informationspflichtenverordnung überlassen wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF PET

PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN PFLEGEVERPFLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/EPV 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

Inhaltsverzeichnis

Leistungen der DKV

- | | |
|--|---|
| 1. Häusliche und teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege | 2 |
| 2. Vollstationäre Pflege | 2 |

Leistungen des Versicherungsnehmers

- | | |
|-----------------------------|---|
| 3. Monatliche Beitragsraten | 2 |
|-----------------------------|---|

Sonstiges

- | | |
|-------------------------------|---|
| 4. Leistungsanpassungsklausel | 3 |
|-------------------------------|---|

Leistungen der DKV

1. Für häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege werden insgesamt

in der Pflegestufe I	25 %,
in der Pflegestufe II	50 %,
in der Pflegestufe III	75 %,

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann die DKV zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III bei häuslicher Pflege 100 % des vereinbarten Pflegetagegeldes zahlen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Das Pflegetagegeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) übernommen wird.

2. Für vollstationäre Pflege werden

100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, werden

in der Pflegestufe I	25 %,
in der Pflegestufe II	50 %,
in der Pflegestufe III	75 %,

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

Leistungen des Versicherungsnehmers

3. Monatliche Beitragsraten für je 10 EUR Pflegetagegeld (in EUR) (Stand 1.7.2006)

3.1	Männer					Frauen						
	Alter	Alter	Alter	Alter	Alter	Alter	Alter	Alter	Alter	Alter		
	0 bis 14	0,38	46	4,77	74	25,60	0 bis 14	0,38	46	6,61	74	33,95
	15 bis 19	0,55	47	5,04	75	27,57	15 bis 19	0,40	47	6,98	75	36,54
	20	1,02	48	5,32	76	29,73	20	1,33	48	7,37	76	39,38
	21	1,07	49	5,63	77	32,12	21	1,41	49	7,78	77	42,49
	22	1,13	50	5,95	78	34,77	22	1,50	50	8,21	78	45,89
	23	1,18	51	6,29	79	37,71	23	1,60	51	8,67	79	49,60
	24	1,25	52	6,65	80	40,97	24	1,70	52	9,15	80	53,65
	25	1,33	53	7,04	81	44,57	25	1,81	53	9,67	81	58,04
	26	1,41	54	7,44	82	48,52	26	1,94	54	10,21	82	62,78
	27	1,50	55	7,88	83	52,82	27	2,07	55	10,79	83	67,86
	28	1,60	56	8,34	84	57,42	28	2,22	56	11,40	84	73,23
	29	1,71	57	8,84	85	62,31	29	2,37	57	12,06	85	78,89
	30	1,82	58	9,36	86	67,50	30	2,54	58	12,75	86	84,80
	31	1,95	59	9,93	87	73,02	31	2,71	59	13,50	87	90,95
	32	2,08	60	10,54	88	79,00	32	2,90	60	14,30	88	97,35
	33	2,22	61	11,19	89	85,60	33	3,10	61	15,15	89	104,02
	34	2,37	62	11,89	90	93,02	34	3,31	62	16,07	90	110,98
	35	2,52	63	12,64	91	101,40	35	3,52	63	17,05	91	118,24
	36	2,69	64	13,46	92	110,79	36	3,75	64	18,12	92	125,78
	37	2,86	65	13,84	93	121,11	37	3,99	65	18,57	93	133,56
	38	3,03	66	14,76	94	132,09	38	4,23	66	19,77	94	141,49
	39	3,22	67	15,76	95	143,37	39	4,49	67	21,06	95	149,48
	40	3,41	68	16,84	96	154,59	40	4,75	68	22,46	96	157,40
	41	3,61	69	18,01	97	165,44	41	5,03	69	23,98	97	165,14
	42	3,82	70	19,28	98	175,70	42	5,32	70	25,64	98	172,57
	43	4,04	71	20,66	99	185,26	43	5,62	71	27,45	99	179,58
	44	4,27	72	22,17	100	194,05	44	5,93	72	29,43	100	186,05
	45	4,51	73	23,81			45	6,26	73	31,59		

- 3.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Absatz 2.1 AVB/EPV.
- 3.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

S o n s t i g e s

4. Leistungsanpassungsklausel

- 4.1 Die DKV vergleicht den vom Statistischen Bundesamt für den August des jeweiligen Kalenderjahres festgestellten Verbraucherpreisindex für Deutschland (Stand: 2000=100) mit dem entsprechenden Wert des Jahres, in dem der Vertrag abgeschlossen wurde, bzw. dem des Jahres der letzten Leistungsanpassung. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % nach oben oder nach unten, so wird das vereinbarte Pflagegeld nach Maßgabe der Ziffern 4.2 bis 4.7 der Kostenentwicklung angepasst.

Sobald es einen amtlichen Pflegekostenindex für das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland gibt, wird dieser Index mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anstelle des oben genannten Verbraucherpreisindex zur Leistungsanpassung herangezogen. Die Versicherungsnehmer werden über den Austausch des Index schriftlich informiert.

- 4.2 Voraussetzung für eine Anpassung ist, dass das vereinbarte Pflagegeld unter bzw. (im Ausnahmefall) über einem bestimmten Höchstsatz liegt, der alljährlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders festgesetzt wird.

Der Umfang der Leistungsanpassung ergibt sich aus der Differenz zwischen

- a) dem nach Satz 1 neu festgesetzten Höchstsatz und
- b) dem zurzeit der vorausgegangenen - dem Versicherungsnehmer nach Ziffer 4.4 Satz 1 mitgeteilten - Leistungsanpassung geltenden Höchstsatz bzw.
- sofern eine solche Anpassung noch nicht mitgeteilt worden ist - dem bei Abschluss des Vertrages geltenden Höchstsatz.

Das Pflagegeld darf jedoch zusammen mit den Leistungen aus anderen für die versicherte Person bestehenden Versicherungen mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit (ausgenommen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung) den neu festgesetzten Höchstsatz nicht überschreiten. Eine Herabsetzung des Pflagegeldes erfolgt nur, soweit es zusammen mit den vorstehend genannten Leistungen den neu festgesetzten Höchstsatz überschreitet.

Bei einer Erhöhung des Pflagegeldes wird es um mindestens 10 EUR oder um ganze Vielfache davon unter Erhebung des entsprechenden Mehrbeitrags angehoben. Bei einer Reduzierung werden Pflagegeld und der Beitrag entsprechend herabgesetzt.

- 4.3 Die Prüfung der Anpassungsvoraussetzungen erfolgt erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns oder der Umwandlung aus einem anderen Tarif; danach erfolgt sie in jedem dritten Kalenderjahr.
- 4.4 Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne zusätzliche Erschwerungen zu Beginn des zweiten Monats wirksam (=Anpassungstermin), der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- 4.5 Eine Erhöhung des Pflagegeldes entfällt - ganz oder teilweise - rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufs wird er bei Bekanntgabe der Leistungsanpassung ausdrücklich hingewiesen.
- 4.6 Wird das vereinbarte Pflagegeld nach Maßgabe der Ziffern 4.1 bis 4.4 herabgesetzt, so wird der für den Herabsetzungsteil gebildete Anteil der Alterungsrückstellung entsprechend den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet.
- 4.7 Das vereinbarte Pflagegeld kann auch in entsprechender Anwendung des § 18 AVB/EPV in Verbindung mit Ziffern 4.2, 4.4, 4.5 geändert werden; Ziffer 4.6 wird entsprechend angewendet.
- 4.8 Alle weiteren Einzelheiten der Leistungsanpassung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Beratungsdokumentation KV

Ohne diese von Ihnen unterschriebene Beratungsdokumentation kann der Versicherungsantrag nicht eingereicht werden. Aufgrund der EU-Versicherungsvermittlungsrichtlinien ist dies Pflicht.

DKV

Ein Unternehmen der
ERGO Versicherungsgruppe.

Versicherungsnummer (soweit vorhanden)	V2-Nummer	Ort, Datum der Beratung, Antragstellung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
telefonische Beratung am	Antragsteller	weitere Gesprächsteilnehmer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persönliche Daten Antragsteller / versicherte Person: siehe Antrag <input checked="" type="checkbox"/> ggf. ergänzende Angaben <input type="text"/>		

Informationen nach § 42 b VVG und § 5 VersVermV wurden anlässlich der Beratung ausgehändigt bzw. lagen mir anlässlich einer Beratung in anderer Sache bereits vor.

Ich verzichte auf eine Beratung und Dokumentation nach § 42 c VVG.

Ich wünsche eine Beratung nach § 42 c VVG, verzichte jedoch auf eine entsprechende Dokumentation.

Ich weiß, dass sich der Verzicht auf die Beratung und/oder die Dokumentation nach § 42 c VVG nachteilig auf die Möglichkeit zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen auswirken kann.

Ort, Datum, Unterschrift _____

Bedarf / Angaben des Kunden zu seinen Wünschen und Bedürfnissen:

Krankheitskostenvollversicherung/Pflegepflichtversicherung (PPV)	<input type="checkbox"/>	Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/>
Vorsorge-, Pflegeergänzungs-, Kurkostentarife, Serviceprodukte	<input checked="" type="checkbox"/>	Krankentagegeld	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsversicherung (ambulant/stationär)	<input type="checkbox"/>	Auslandsreiseschutz	<input type="checkbox"/>

Rat Vermittler:

Abschluß einer Pfl egetagegeldversicherung nach Tarif PET

1. Folgende Lösungen wurden erörtert / Tarifname:

2. Folgende Tarife wurden vom Kunden nicht gewünscht:

3. Folgende Tarife wurden empfohlen:

Die Beratung erfolgte zu den wesentlichen Leistungsmerkmalen der o. g. Tarife mit folgenden zusätzlichen Inhalten:

Besonderheiten Wechsel GKV / PKV	<input type="checkbox"/>	Besonderheiten Gruppenversicherung	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten Wechsel PKV / PKV	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Es fand keine persönliche Beratung vor Ort statt. Der Kunde hat sich selbst im Internet informiert und die Antragsunterlagen per Email angefordert und dann per Post zugeschickt.

Gründe für den Rat:

Die vorstehende Tarifabsicherung entspricht dem Wunsch des Kunden ggf. Bemerkungen:

Folgende Unterlagen

waren Gegenstand des Beratungsgespräches

bzw. wurden ausgehändigt

Eine Durchschrift der Dokumentation habe ich erhalten

Eine Durchschrift der Dokumentation habe ich ausgehändigt

Empfangsbestätigung:

Antragsteller

Vermittler

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift

R. J. ord. Danneberg

§ 42b VVG

Beratungsgrundlage des Versicherungsvermittlers

(1) Der Versicherungsvertreter und der Versicherungsmakler, der nach Absatz 2 Satz 2 auf eine eingeschränkte Auswahl hinweist, haben dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, auf welcher Markt- und Informationsgrundlage sie ihre Leistung erbringen, und die Namen der ihrem Rat zu Grunde gelegten Versicherer anzugeben. Außerdem hat der Versicherungsvertreter mitzuteilen, für welche Versicherer er seine Tätigkeit ausübt und ob er für diese ausschließlich tätig wird.

(3) Der Versicherungsnehmer kann auf die Mitteilungen und Angaben nach Absatz 1 durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten.

§ 42c VVG

Beratungs- und Dokumentationspflichten des Versicherungsvermittlers

(1) Der Versicherungsvermittler hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. Er hat dies unter Berücksichtigung der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags nach Maßgabe des § 42d zu dokumentieren.

(2) Der Versicherungsnehmer kann auf die Beratung oder die Dokumentation nach Absatz 1 durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten, sofern er vom Versicherungsvermittler ausdrücklich darauf hingewiesen worden ist, dass sich ein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken kann, gegen den Versicherungsvermittler einen Schadenersatzanspruch nach § 42e geltend zu machen.

§ 42d VVG

Zeitpunkt und Form der Information

(1) Dem Versicherungsnehmer sind die Informationen nach § 42b Abs. 1 vor Abgabe seiner Vertragserklärung, die Informationen nach § 42c Abs. 1 vor dem Abschluss des Vertrags klar und verständlich in Textform zu übermitteln.

(2) Die Informationen nach Absatz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. In diesen Fällen sind die Informationen unverzüglich nach Vertragsschluss, spätestens mit dem Versicherungsschein dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung zu stellen; dies gilt nicht für Verträge über vorläufige Deckung bei Pflichtversicherungen.

§ 5 VersVermV

Information des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsvermittler hat dem Versicherungsnehmer beim ersten Kontakt mit ihm folgende Angaben klar und verständlich in Textform mitzuteilen:

1. seinen Namen und seine Anschrift,
2. ob er als Versicherungsmakler oder als Versicherungsvertreter tätig wird,
3. ob er eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 Prozent an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens besitzt,
4. ob ein Versicherungsunternehmen oder das Mutterunternehmen eines Versicherungsunternehmens eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 Prozent an den Stimmrechten oder am Kapital des Gewerbetreibenden besitzt,
5. Anschrift der Schlichtungsstelle nach § 42j des Gesetzes über den Versicherungsvertrag.

(2) Der Versicherungsvermittler hat dafür Sorge zu tragen, dass auch seine Angestellten die Mitteilungspflichten nach Absatz 1 erfüllen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für die Vermittlung von Rückversicherungen oder von Versicherungsverträgen über Großrisiken im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Gesetz über den Versicherungsvertrag.

(4) Die Informationen nach Absatz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. In diesen Fällen sind die Informationen unverzüglich nach Vertragsschluss, spätestens mit dem Versicherungsschein dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung zu stellen.



Private Versicherer: Nur die Elite wagt den Vergleich

Map-Report: Debeka, R+V, Alte Oldenburger und die DKV erhalten Bestnoten – Viele Verweigerer

Von Barbara Brandstetter

BERLIN – Die privaten Krankenversicherer überhäufen die Kunden derzeit mit Werbung. Schließlich gilt es, neue Kunden zu gewinnen. Und dies erreichen die Gesellschaften am effektivsten, wenn sie anderen Versicherern die Kunden abjagen. Denn die Zahl der Besserverdiener, Beamten und Selbstständigen ist begrenzt. Zudem gilt das Wechselrecht, das den Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung ankurbeln soll, nur für kurze Zeit. Lediglich bis zum 30. Juni haben alle privat Versicherten die Möglichkeit, die Gesellschaft zu wechseln und zumindest einen Teil der Alterungsrückstellungen mitzunehmen.

Wer mit seinem Versicherer nicht zufrieden ist, stellt sich daher die Frage, ob ein Wechsel lohnt und vor allem, welcher Versicherer langfristig mit stabilen Bilanzzahlen und verhaltenen Beitragssteigerungen überzeugt. Bei der Entscheidung hilft ein Blick in den jüngst erschienenen map-Report zur privaten Krankenversicherung. 16 Versicherer haben sich am aktuellen Rating beteiligt. Am besten schneiden die Debeka, R+V, Alte Oldenburger und die DKV ab. „Diese liefern seit Jahren gute Bilanzkennzahlen und überzeugen mit stabilen Beiträgen“, sagt Manfred Poweleit vom Branchendienst map-Report.

Doch noch immer weigern sich zahlreiche Versicherer, an dem Rating teilzunehmen – so etwa die Allianz und die Central, die neben der Debeka, DKV und Signal Iduna die meisten Kunden zählen. „Es gibt einfach viele Krankenversicherer, deren Zahlen suboptimal sind“, begründet Poweleit die Verweigerungshaltung. Der Report habe sich inzwischen zu einem Elite-Rating etabliert, an dem sich lediglich die Elite der Krankenversicherer beteilige. „Die Entscheidung der Allianz, sich nicht am Rating zu beteiligen, kann ich sehr gut verstehen“, sagt der Versicherungsexperte. Denn auch wenn die Unternehmen ihre Daten unter Verschluss halten, so sind einige Eckdaten wie

für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin) frei zugänglich.

Und in diesen Statistiken schneiden die Verweigerer in der Regel deutlich schlechter ab. So schaffen es die Debeka mit 30 Punkten, die DEVK, Alte Oldenburger und HanseMercur in der Analyse der Bilanzkennzahlen im map-Report aufs Siebertreppchen. Diese Unternehmen beteiligen sich am Rating. Weit abgeschlagen liegen bei den Bilanzkennzahlen die Central mit 17 Punkten und die Allianz, die es auf 16 Punkte schafft. Den unrühmlichen letzten Platz belegt mit gerade einmal sechs Punkten die Mannheimer. Diese Unternehmen weigern sich, an der Untersuchung des map-Reports teilzunehmen.

Dieses Ergebnis untermauert ein Blick auf die Beschwerdestatistik. Über die DEVK und die R+V Versicherung gingen in den vergangenen Jahren auf die Gesamtzahl der Versicherten gerechnet, die geringsten Beschwerden ein. Die Gothaer und Axa weisen hingegen die höchste Beschwerdequote auf.

„Ein Wechsel in die private Krankenversicherung oder des Versicherers will wohl überlegt sein“, warnt Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg. Es geht schließlich um viel Geld. Und ein Wechsel zurück in die gesetzliche Kasse ist so gut wie ausgeschlossen. Zudem gerät das System der privaten Krankenversicherung zunehmend unter Druck. Die Hürden für einen Wechsel in die private Krankenversicherung wurde von der Politik in den vergangenen Jahren sukzessive erhöht. So muss ein wechselwilliger Angestellter inzwischen drei Jahre in Folge mehr als 48 600 Euro verdienen. Erst dann steht die Tür zu den Privaten offen. Erste Versicherungsgesellschaften haben bereits das Handtuch geworfen. Die BBV hat im vergangenen Jahr ihren Betrieb eingestellt und die Karstadt-Quelle-Versicherung ist zum 1. Januar 2009 aus dem privaten Vollversicherungsgeschäft ausgestiegen.

Bilanzkennzahlen oder etwa die Beschwerdestatistik der Bundesanstalt