

Leistungsmerkmale KombiMed Pflegezusatzversicherung.

(EINZELVERSICHERUNG)

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed-Produkte. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungen	Pflege Zuschuss 100 PZU100	Pflege Tagegeld PTG
Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege	Ja. Wir leisten grundsätzlich in gleicher Höhe wie die Pflegepflichtversicherung.	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.
Begrenzung der Leistung bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege, teilstationärer Pflege sowie bei Kurzzeitpflege	<p>Ja. Bei häuslicher Pflege durch Laienpfleger (z.B. Verwandte) in Abhängigkeit vom Pflegegrad monatlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2 316 Euro - Pflegegrad 3 545 Euro - Pflegegrad 4 728 Euro - Pflegegrad 5 901 Euro <p>Ist der Laienpfleger verhindert und liegt mindestens Pflegegrad 2 vor, erfolgt eine Erstattung für eine Ersatzpflegekraft (auch Pflegefachkraft) für längstens 6 Wochen bis zu 1.612 Euro. Eine Aufstockung durch Leistungen aus der Kurzzeitpflege ist möglich (bis zu 806 Euro).</p> <p>Bei häuslicher Pflege durch Pflegefachkräfte und teilstationärer Pflege monatlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro - Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro - Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro - Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro <p>Für die kurzfristige vollstationäre Pflege im Pflegeheim von bis zu 8 Wochen erfolgt eine Erstattung bis zu 1.612 Euro jährlich. Eine Aufstockung durch Leistungen aus der Verhinderungspflege ist möglich (bis zu 1.612 Euro).</p> <p>Für alle Pflegegrade in der ambulanten Pflege gilt: Bis zu 125 Euro für zweckgebundene Leistungen (Entlastungsleistungen)</p>	<p>Ja. Bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Abhängigkeit vom Pflegegrad und des vereinbarten Pflegetagegeldes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 30 % - Pflegegrad 2 40 % - Pflegegrad 3 70 % - Pflegegrad 4 100 % - Pflegegrad 5 150 %
Begrenzung der Leistung bei vollstationärer Pflege	<p>Ja. Bei vollstationärer Pflege in Abhängigkeit vom Pflegegrad monatlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 pauschal 125 Euro - Pflegegrad 2 pauschal 770 Euro - Pflegegrad 3 pauschal 1.262 Euro - Pflegegrad 4 pauschal 1.775 Euro - Pflegegrad 5 pauschal 2.005 Euro 	<p>Ja. In Abhängigkeit vom Pflegegrad und des vereinbarten Pflegetagegeldes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1– 4 100 % - Pflegegrad 5 150 %
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Pflegehilfsmittel	Ja. Erstattung von bis zu 4.000 Euro Zuschuss je Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Anstelle Leistungen für Pflegehilfsmittel kann sich der Versicherte auch für die Zahlung einer Jahrespauschale von derzeit 610 Euro entscheiden. Zahlung von bis zu 40 Euro monatlich für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel.	Nein
Service-Leistungen	Das kostenlose Pflegetelefon der DKV unterstützt kompetent bei allen Fragen rund um das Thema Pflege.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein	Nein
Erhöhte Leistung nach 15 Versicherungsjahren	Nein	Nein
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder ein Zuschlag vereinbart werden.	
Planmäßige Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.	
Staatliche Förderung	Nein	Nein
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen.	
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Der Versicherungsschutz gilt innerhalb der Europäischen Union und darüber hinaus auch in allen Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR). Außerdem gilt der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten außerhalb der EU bzw. des EWR von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.	
Leistungserstattung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes	Der Versicherungsschutz gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb von EU oder EWR. Bei Verlegung außerhalb EU oder EWR endet die Versicherung. Sie können dann Ihre erworbenen Rechte für den Fall einer Rückkehr in EU oder EWR mit einer Anwartschaftsversicherung erhalten.	