

Erläuterungen zu den Leistungspunkten

Wir wollen, dass Sie verstehen, was Ihnen ein Tarif bieten kann. Denn viele Begriffe aus der Versicherungswelt können für einen Kunden verwirrend sein und zu Missverständnissen führen. Auf den nachstehenden Seiten beschreiben wir daher die einzelnen Leistungspunkte rund um die Pflegezusatzversicherung etwas anschaulicher. Wenn trotzdem noch Fragen offen bleiben sollten, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren. Wir sind als Ihr Ansprechpartner für alle Bereiche der Vorsorge sehr gerne für Sie da!



© Peter Atkins, Fotolia #37039316

Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Bei Tarifen mit Beitragsbefreiung muss der Versicherte beim Erreichen eines bestimmten Pflegegrades keine Beiträge mehr bezahlen.

Dynamik

In der Pflegeversicherung wird seitens der Gesellschaft eine Dynamik zum Ausgleich der stetigen Geldentwertung (Inflation) angeboten. Diese bietet die Möglichkeit, die Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung um einen gewissen Prozentsatz zu erhöhen. Der Beitrag steigt dabei ebenfalls im selben Verhältnis. Der Dynamik kann auch widersprochen werden. Achtung: Wer drei mal (je nach Gesellschaft auch zwei mal) hintereinander der Dynamik widerspricht, für den entfällt der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.

Dynamik im Leistungsfall

Bedeutet, dass die Leistung der Pflegeversicherung auch im Leistungsfall um einen Faktor angepasst wird, um auch hier der Inflation entgegen zu wirken

Kontrolle der Pflegebedürftigkeit durch den Versicherer

Der Versicherer prüft unter Umständen in regelmäßigen Abständen den Fortbestand einer Pflegebedürftigkeit, indem er einen Nachweis anfordert oder den Versicherten verpflichtet, eine Veränderung seines Zustandes unverzüglich zu melden.

Kur- oder Rehamaßnahmen

Während Kur- oder Rehamaßnahmen kürzen oder streichen Versicherer unter Umständen die Pflegeleistung.

MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)

Prüft alle neuen Antragsteller auf Pflegeleistungen persönlich anhand eines Fragenkatalogs auf den Grad ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit. Für die Beantwortung der Fragen gibt es Punkte. Entsprechend des Gutachtens entscheidet die zuständige Pflegekasse, ob und welchen Pflegegrad sie ihrem Versicherten zubilligt oder ob sie seinen Antrag ablehnt.

Teilstationäre Pflege

Die teilstationäre Betreuung bietet Betroffenen die Möglichkeit, trotz Pflegebedarfs weiterhin zu Hause zu wohnen und sich im Rahmen der Nacht- oder Tagespflege in Pflegeeinrichtungen vom professionellen Personal betreuen zu lassen.

Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht durch den Versicherer

Wird auf dieses Kündigungsrecht nicht verzichtet, hat das Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, Sie „ohne Angabe von Gründen“ aus dem bestehenden Vertrag zu kündigen. Das ist vor allem dann problematisch, wenn Sie aufgrund verschiedener Erkrankungen nirgendwo anders Versicherungsschutz bekommen.

Wartezeit

Die Wartezeit ist eine tariflich festgelegte Frist, während der die versicherte Person trotz bestehendem Versicherungsschutz noch keine Ansprüche geltend machen kann. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Es gibt besondere Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie, diese erstrecken sich sogar über acht Monate. Bei einem Unfall entfallen die Wartezeiten. Wartezeiten können in den besonderen Bedingungen eines Versicherers verkürzt werden, wodurch sie von Versicherer zu Versicherer stark variieren können.