

in § 15 Nr. 3.1, dass Lebenspartner und Ehepartner nach rechtsgültiger Scheidung von Ehe oder Lebenspartnerschaft das Recht haben, ihren jeweiligen Vertrag als selbstverständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch dann, wenn die Partner lediglich dauernd getrennt leben sollten.

Zusätzliche Nachweispflicht ist unüblich

Normalerweise reicht es bei Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen aus, den Nachweis zu erbringen, dass eine Leistung aus der privaten oder gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erfolgt. Dies gilt jedoch nicht für alle Versicherer. So sollte etwa im Tarif P3 der **Gothaer** gemäß § 4 Nr. 2.1 AB / PV 2009 der Versicherungsnehmer spätestens alle drei Monate auf eigene Kosten den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen nachweisen. Gleiches gilt für den Pflegetagegeldtarif PT der **Gothaer**. Der zusätzliche Nachweis werde von der **Gothaer** in der Praxis allerdings nicht eingefordert. Tatsächlich reiche der Nachweis aus der privaten bzw. gesetzlichen Pflegeversicherung aus.

Zwischen den Welten: die Pflegekostenversicherung der LKH

Der Pflegekostentarif der LKH stellt ein Bindeglied zwischen Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung dar. Auf Grund-

lage der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erhöhen sich die Leistungen um 20% (PEV 20) bis 200% (PEV 200). Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Leistungen bei Demenz dann erbracht werden, wenn auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflicht Leistungen resultieren. Damit erspart sich die LKH eine eigenständige Prüfung, da der Entscheid von MDK bzw. MedicProof einzige Bewilligungsgrundlage ist. Wie es sonst für Pflegetagegeldtarife üblich ist, steht das Geld aus dem Tarif PEV frei verfügbar, statt wie bei Pflegekostenversicherungen zweckgebunden eingesetzt werden zu müssen. Da die gesetzliche Leistung bei häuslicher Pflege durch Angehörige nur ein geringeres Pflegegeld vorsieht, gilt analog eine reduzierte Leistung auch für den PEV.

Ohne Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung würden auch Versicherte der LKH leer ausgehen. Eine reine Änderung der gesetzlichen Leistungen würde jedoch lediglich zu einer Prämienmodifikation führen:

„Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflegepflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.“

Wenig vorteilhaft ist, dass keine Erhöhung der privaten Pflegeleistungen erfolgt, wenn von staatlicher Seite keine

Erhöhungen oder sogar Kürzungen vorgenommen werden. So erfolgte etwa für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von 01.01.1995 bis 01.07.2008 effektiv keine Anpassung der Leistung, während die kumulierte Inflation von 1995 bis 2007 insgesamt 21,46 % betrug, was einem Wertverlust von gut einem Fünftel entspricht. Durch die Pflegereform von 2008 kam es zwar zu einer Erhöhung der gesetzlichen Pflegeleistungen. Diese fiel jedoch eher bescheiden aus. Betrachtet man etwa den Zeitraum von 1995 bis 2012 für häusliche Pflegeleistungen in der Pflegestufe I, so ergibt sich eine durchschnittliche Anpassung von 0,94% p.a. Bezogen auf das Pflegegeld in Pflegestufe III betrug die Anpassung sogar nur 0,30% p.a. Von einem Inflationsausgleich kann hier also nicht gesprochen werden.

Anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung ersetzt die LKH nicht die Kosten für technische Hilfsmittel (z.B. verstellbare Pflegebetten), wie es sonst üblich ist. Der Tarif PEV sieht eine Wartezeit von 3 Jahren vor. Der Versicherungsschutz nach § 1 Nr. 12 bezieht sich ausschließlich auf Pflege in Deutschland. Der Versicherungsschutz entfällt nach § 2 Nr. 1c), „solange sich versicherte Personen in Staaten aufhalten, die nicht Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden“.

Pflegetagegeldtarife

Der Pflegefall wird in Pflegetagegeldtarifen fast immer analog privater oder gesetzlicher Pflegeversicherung (MDK bei gesetzlich bzw. Medicproof bei privat Versicherten) eingestuft. Entsprechend ist also eine Einstufung nach Pflegestufe I, II oder III möglich. Gerade jüngere Tarife, die nach der Pflegereform vom 01.07.2008 entstanden sind, sehen darüber hinaus eine Leistung auch in der „Pfleigestufe 0“ vor, d.h. bei besonderen Einschränkungen der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45b

SGB XI. In solchen Fällen zahlt die Pflichtversorgung ein monatliches Betreuungsgeld, das zwischen 100 oder 200 Euro betragen kann.

Eng an die gesetzliche Definition angelehnt ist die neue Tarifgeneration der **Signal Iduna**, auch wenn nicht explizit auf die gesetzliche Einstufung abgestellt wird. Dies kann dazu führen, dass der Gesetzgeber zwar einer Pflegeeinstufung zustimmt, die **Signal** jedoch durch ihren Gutachter zu einem abweichenden Ergebnis kommt. Möglich ist auch, dass

Versicherte erst die Leistung von MDK oder Medicproof abwarten, um dann festzustellen, dass ihr Leistungsanspruch bei der **Signal** dann erst ab dem Monat der Meldung erfolgt. Abweichend wird im Zusammenhang mit Demenz auf die oben skizzierte gesetzliche Regelung als Anspruchsgrundlage abgestellt. Bei einem Tagessatz von beispielsweise 50 Euro zahlt der Versicherer ein zusätzliches Betreuungsgeld von bis zu 100 Euro¹.

Gegenteilig ist die Gestaltung in der **MÜNCHENER VEREIN** Krankenversicherung in ihrem Tarif 425. In diesem wird bei Demenz mittleren Grades ein vorgezogenes Betreuungsgeld in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe I (derzeit 415

¹ Pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV. Dieser beträgt regelmäßig 1.200 Euro p.a., in besonderen Härtefällen 2.400 Euro p.a.

Euro) solange gezahlt, bis die Person in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt wird.

Eine Einstufung nach Activities of Daily Life (ADL) wie es bei vielen Pflegeversicherungen (optional) möglich ist, ist im Rahmen der Pflagegeldversicherung unüblich.

Noch immer leisten viele Pflagegeldtarife nur bei Pflege innerhalb Deutschlands. Andere haben den Geltungsbereich auf die Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und die Schweiz oder zusätzlich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ausgeweitet z.B. DKV (PET, PT3: EU und EWR). Weltweiter Versicherungsschutz besteht meist gar nicht oder nur für Zeiträume bis etwa 6 Wochen im Jahr. Im Tarif PTG DYN der AXA besteht Versicherungsschutz so lange fort wie die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann. Die DKV lässt den Fortbestand allerdings auch hier mit einer besonderen Vereinbarung zu.

Vielfach unterscheiden Versicherer noch immer in der Leistungshöhe zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege. Auch wird die Leistung teilweise eingeschränkt, wenn Angehörige oder Bekannte die Pflege übernehmen.

So erfolgt im Tarif PTA der Hanse Merkur oder im Tarif PET der DKV eine Leistung beispielsweise dann nach den Erstattungssätzen für stationäre Pflege, wenn der Pflegebedürftige vollstationär gepflegt wird, obwohl dies nicht erforderlich ist. Dies gilt auch, wenn häusliche bzw. teilstationäre Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Ob vollstationäre Pflege erforderlich ist, ergibt sich aus den entsprechenden Richtlinien der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Einige Anbieter sehen bei erstmaligem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine erhöhte Leistung vor. Bei der DKV beträgt diese das 120fache des Tagessatzes (Tarif PT3) bei erstmaligem Eintritt in Pflegestufe III, bei der Signal Iduna (Pflege Top) in diesem Fall dem 90fachen, bei PflegeOPTIMAL und PflegePREMIUM der Union Krankenversicherung / Bayerischen Beamtenkrankenkasse das 60fache und bei der Halleschen (Olga Plus) dem 90fachen Tagessatz. Bei den

oben genannten Anbietern besteht jeweils nur einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Anspruch auf diese Mehrleistung.

■ Ausschlüsse & Haftung

Die leistungsstärksten Anbieter unterscheiden sich nur wenig in ihren Ausschlüssen voneinander, allerdings sehen Kranken- und Lebensversicherer nahezu immer eine andere Palette von Gründen für eine Leistungsverweigerung vor.

Demnach sind übliche Ausschlüsse vorsätzliche Pflegebedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit für laufende Fälle während eines stationären Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausklausel) sowie Pflegebedürftigkeit, die durch Kriegsereignisse verursacht wird oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Nur teilweise als Ausschluss zählt der Pflegefall als Folge einer Suchterkrankung, während die in Pflegerentertarifen übliche ABC-Klausel für Pflagegeldversicherer unüblich ist. Versicherungsschutz auch bei Sucht sehen beispielsweise Continentale (PTK/10/10) sowie Signal Iduna (Pflege Top) vor.

Zusätzliche Ausschlüsse gelten im Tarif Pflege Top der Signal Iduna auch für unfallbedingte Pflegebedürftigkeit, wobei weitestgehend die für diese Sparten üblichen Ausschlüsse zur Anwendung kommen. Besonders erwähnenswert bleiben folgende Abweichungen: Infektionskrankheiten als Folge von Zeckenbissen sind abweichend von der allgemeinen Regelung eingeschlossen. Gleiches gilt für Bewusstseinsstörungen als Führer eines Kfz bis zu einem Blutalkoholgehalt von bis 0,8 Promille, in allen anderen Fällen von bis zu 1,3 Promille. Außerdem besteht kein Versicherungsschutz für unfallbedingte Pflegebedürftigkeit, wenn diese als Berufssportler oder bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden.

Deutlich erklärungsbedürftiger und somit im Zweifel von hoher Haftungsbranz ist der neue Tarif Pflege Unfall der Signal Iduna. Mit Ausnahme der zusätzlichen Leistung bei Demenz entspricht er zwar weitestgehend dem Toptarif, schließt jedoch jede nicht unfallbedingte Pflegebedürftigkeit aus. Damit wird es nur

vergleichsweise sehr selten zu einem echten Leistungsfall kommen.

■ Krankenhausklausel

Zur Krankenhausklausel (s.o.) sehen einige Versicherer abweichend verbesserte Regelungen vor.

So wird bei der Continentale (PTK/10/10) abweichend 75% des versicherten Pflagegeldes fällig. Union Krankenversicherung/Bayerische Beamtenkrankenkasse (PflegeKOMPAKT, PflegeOPTIMAL und PflegePREMIUM) leistet abweichend für die Dauer der ersten vier Wochen einer vollstationären Behandlung, die Signal Iduna (Pflege Plus) für die ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, sofern Anspruch auf Pflagegeld in der sozialen oder privaten Pflagepflichtversicherung besteht, die AXA (PTG DYN) sieht hier keinerlei Einschränkungen vor.

■ Inflationsausgleich

Noch immer gibt es Pflagegeld ohne Inflationsausgleich. Zunehmend jedoch wird Versicherten die Möglichkeit gegeben, versicherte Leistungen wenigstens bis zum Eintritt des Versicherungsfalles zu dynamisieren.

So ist bei der Continentale (PTK 10/10) ab dem vollendeten 21. Lebensjahr alle 2 Jahre eine automatische Beitragsanpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung um jeweils 5% möglich.

Die Gothaer (Tarife PT2 / PT3) dynamisiert die vereinbarte Leistung automatisch alle 3 Jahre um 10% (min. um 5 Euro, maximal auf 100 Euro insgesamt).

Bei der Halleschen (Olga Plus) und der Signal Iduna (Pflege Top) ist alle 3 Jahre zum 01.07. eine Dynamisierung um 10% möglich.

Bei PTA der HanseMerkur und PET, PT3 der DKV findet ein jährlicher Vergleich der durchschnittlichen Pflagekosten bzw. des Verbraucherindex (DKV) mit denen/dem, die/der der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen, statt. Ergibt sich dabei eine Steigerung von mehr als 10%, so wird der vereinbarte Tagessatz ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten der Kostenentwicklung angepasst und um min. 5 Euro (DKV) angepasst (ggf.: solange ein Höchstsatz nicht überschritten wird). Für den erhöhten Beitrag

gelten bei der Hanse-Merkur analog vereinbarte Besondere Bedingungen und Risikozuschläge. Wird die Dynamik zweimal hintereinander abgelehnt, so erlischt das Recht bei der Hanse Merkur, bei der DKV dagegen nicht.

Ausgewählte Tarife (z.B. PTK 10/10 der **Continentale**, PET und PT 3 der **DKV**, Olga Plus der **Halleschen**, PTA der **HanseMerkur** oder Pflege Top der **Signal Iduna**) sehen eine Erhöhung auch im Pflegefall selbst vor.

Meldepflicht

Üblich ist noch immer eine unverzügliche Meldepflicht über die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit (z.B. PTK der **Continentale**, PTG DYN der **AXA**, Olga Plus der **Halleschen** oder Pflege Top der **Signal Iduna**).

Der Tarif PTA der **HanseMerkur** sieht bei stationärer Pflege eine verbindliche Meldefrist von 10 Tagen für die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor.

Bei der **Halleschen** muss zwar die Meldung unverzüglich erfolgen, allerdings wird eine Leistung rückwirkend bis zu Beginn des Monats nach Antragstellung erbracht.

Die **AXA** sieht zwar wie beschrieben eine unverzügliche Meldung vor, allerdings ist für das Ausfüllen des Fragebogens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Frist von 42 Tagen ausreichend.

Tarifwechsel

Positiv für den Kunden sind die Regelungen von z.B. **Hallesche** (Olga Plus) und **HanseMerkur** (PTA), wo etwaige Verbesserungen der gesetzlichen Pflegedefinition automatisch auch für den Bestand gelten.

Ebenfalls positiv ist das Angebot der **Signal Iduna** (Pflege Top); der Versicherer garantiert ein Recht auf Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung vom Versicherer eingeführt werden. Das Recht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich. Der Versicherungsnehmer werde rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert. Das Optionsrecht

erlischt nach Eintritt des Pflegefalls oder bei Vertragsabschluss nach dem vollendeten 60. Lebensjahr.

Die **MÜNCHENER VEREIN** Krankenversicherung bietet in den Tarifen 420 und 423 eine ähnliche Garantie. Diese erfolgt über eine spezielle bis zum 31.12.2012 gültige Garantieerklärung:

„Wenn der Gesetzgeber im Rahmen der Reform der sozialen Pflegeversicherung Leistungen ändert und/oder die private Absicherung von Pflegekostenrisiken vorsieht oder fördert, garantiert der **MÜNCHENER VEREIN** allen in den Tarifen 420 und 423 versicherten Kunden die Wechselmöglichkeit in entsprechend neu geschaffene Pflegeergänzungstarife. Ihr

gewünschter Wechsel erfolgt dann innerhalb eines halben Jahres nach Inkrafttreten der Reform ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten.“

Eine vergleichbare Option bietet auch die **Allianz** mit ihrer Pflege-PrivatGarantie für die PTZ-Bestandskunden. Wenn der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen der sozialen Pflegeversicherung Leistungselemente der Pflegeversicherung ändert und die Allianz bis 31.12.2012 einen neuen Zusatztarif mit Pflegeleistungen zur Ausübung des Optionsrechts bekannt geben, kann der Kunde ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif wechseln.

Ausgewählte Pflegetagegeldtarife mit laufender Beitragszahlung im Überblick

Anbieter	Tarif	Demenz	Leistungen je nach Pflegestufe		
			I	II	III
Allianz ***	PZT	----	25%	50%	100%
Arag	69	----	100% (S)	100% (S)	100% (S)
AXA	PTG DYN	----	40%*	70%*	100%*
Bayer. BeamtenKK (W+)	PflegePREMIUM	----	30%*	60%*	100%*
Central (W)	EPTN 1	----	25% A / 100%	65% A / 100%	100%
Continentale	PTK ****	----	100%	100%	100%
Continentale	PTE	----	---	---	100%
Deutscher Ring (W)	PTG 1	----	30% A / 100%	65% A / 100%	100%
DEVK	PT	----	25% A / 100%	65% A / 100%	100%
DKV	PET	----	25% A / 100%	50% A / 100%	75% / 100%**
Gothaer (W)	PTG	----	35%	70%*	100%*
Hallesche	OlgaPlus	----	30%	70%	100%*
Hanse Merkur (W)	PTA	----	25% A / 100%	50% A / 100%	100%
Inter (W)	PT I, PT II, PT III	----	100%	100%	100%
Münchener Verein	420	ja	33%	67%	100%
Nürnberger	PT	----	---	70%	100%
Signal Iduna	Pflege UNFALL	----	30% (U)	70% (U)	100% (U)*
Signal Iduna	Pflege START	ja	30% (U)	70% (U)	100%*
Signal Iduna	Pflege PLUS	ja	30% (U)	70%	100%*
Signal Iduna	Pflege TOP	ja	30%	70%	100%*
Union Krankenv. (W+)	PflegePREMIUM	----	30%*	60%*	100%*
uniVersa	PT-Komfort	----	---	---	100%
uniVersa	PT-Premium	----	40%	60%	100 oder 150%

Quelle: eigene Recherchen

* Beitragsbefreiung im Leistungsfall; ** ambulant leistet die DKV nur in besonderen Härtefällen, die weit über den durchschnittlichen Pflegeaufwand der Pflegestufe III hinausgehen zu 100 % des versicherten Tagessatzes sonst zu 75 %, stationär grundsätzlich 100 %; *** erfolgt die häusliche Pflege nicht durch Pflegefachkräfte, sondern ausschließlich durch sonstige Pflegepersonen, vermindern sich die tariflichen Leistungen jeweils um 50 %; **** für die ambulante und vollstationäre Pflege können unterschiedliche Tagegeldhöhen vereinbart werden. Eine Leistung der vereinbarten Tagessätze erfolgt in allen Pflegestufen immer zu 100 %; (A) bei ambulanter Pflege gilt nur die reduzierte Leistung; (S) Leistung nur bei vollstationärer Pflege. Wird vollstationäre Pflege gewählt, obwohl diese nicht notwendig ist, so reduziert sich die Leistung in Pflegestufe I und II auf 50 %; (U) Leistung wird nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit erbracht; (W) Wartezeit von 3 Jahren. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. (W+) wie W, allerdings entfällt die Wartezeit für die Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt in eine der Pflegestufen. Demenz: bedingungsseitig geregelte Leistungserbringung auch bei Demenz unabhängig vom gleichzeitigen Vorliegen einer Pflegestufe nach SGB XI, also de facto schon ab „Pflegestufe 0“.

DIE OPTIMALE ANLAGE-STRATEGIE

Nahezu täglich werden wir dazu aufgefordert, stärker Privatvermögen zu bilden – von Politikern, den Medien oder unserem Finanzberater. Aber wie funktionieren die Finanzmärkte eigentlich? Wissen wir, was wir tun, wenn wir eine Aktie kaufen oder eine Versicherung abschließen? Und: Tun wir das Richtige?



2007 · 228 Seiten · Gebunden
€[D] 24,90/€[A] 25,60/sFr 44,00 (UVP)
ISBN 978-3-593-38247-0

Sie finden unser
Gesamtprogramm auf
www.campus.de

campus
Frankfurt · New York

■ Pflegeversicherung

■ Beitragsbefreiung im Pflegefall

Einige Versicherer verzichten ab einer bestimmten Pflegestufe analog des Standards in der Berufsunfähigkeitsversicherung auf die Prämienzahlung. Eine solche Beitragsfreistellung ist sicher ein gutes Verkaufsargument, lässt sich aber genauso gut durch schon anfänglich höhere Pflegeleistungen absichern. Grundsätzlich ist es allerdings vorteilhafter, entsprechend hohe Leistungen abzusichern als erst nach einem Anbieter zu suchen, der in allen drei Pflegestufen eine Beitragsbefreiung vorsieht.

■ Problem Optionstarife

Zahlreiche Tarife wie etwa der Tarif PT-Komfort der uniVersa bieten ein so genanntes Optionsrecht bis Eintrittsalter 55 auf Wechsel in die nächst höhere Tarifstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Dabei ist der Wechsel in den Premiumtarif zu folgenden Stichtagen möglich: der Monatserste nach Ablauf von 5 bzw. 10 Jahren sowie der Erste des Monats, in dem der Versicherungsnehmer das 50. Lebensjahr vollendet hat. Vom Optionsrecht muss spätestens zwei Monate vor dem Stichtag Gebrauch gemacht werden. Damit kann die Option spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. Dies gilt implizit also auch für jene, die zum Zeitpunkt der Umstellung bereits pflegebedürftig nach Pflegestufe I oder II sein sollten.

Problematisch sind in diesem Zusammenhang zum einen die starren Fristen, zum anderen das Haftungsrisiko für den Vermittler, falls der Kunde vor Eintritt des Optionsrechtes zum Pflegefall nach Pflegestufe I oder II werden sollte. Da der Eintritt des Pflegefalls nicht vorhersehbar ist und auch schon in jungen Jahren erfolgen kann, ist die Entscheidung für einen nur eingeschränkten Schutz, um in jungen Jahren Prämien zu sparen, nicht empfehlenswert. Dies gilt auch dann, wenn man beispielsweise damit kalkuliert, dass mit 50 die Kinder aus dem Haus, beide Elternteile wieder arbeiten könnten und die Schulden für eine Immobilienfinanzierung abbezahlt seien. Hinzu kommt, dass Versicherten klar sein muss, dass bei Inanspruchnahme des Optionsrechtes nicht die heute benannten Prämien gelten werden, sondern diejenigen für das

spätere Eintrittsalter. Auf Grundlage der heutigen Prämienkalkulation bedeutet dies etwa für einen heute 20jährigen der mit Erreichen des 50. Lebensjahres von der Komfort- in die Exklusivdeckung wechseln möchte und ein Pflegetagegeld in Höhe von 50 Euro versichert hat einen Prämienanstieg von 3,60 Euro auf 39,00 Euro monatlich statt einer anfänglichen Prämie von 8,50 Euro für einen Abschluss schon heute. Für eine Frau lauten die entsprechenden Prämien 5,10 Euro, 12,30 Euro mit 20 Jahren bzw. 62,50 Euro monatlich mit 50 Jahren.

Eine wichtige Haftungsentlastung besteht bei der uniVersa darin, dass sowohl Kunde als auch Vermittler rechtzeitig zu den Stichtagen für die Inanspruchnahme der Option schriftlich informiert werden. Bedingungsseitig ist diese Zusage der Gesellschaft leider nicht verankert und somit auch nicht einklagbar.

Ähnlich problematisch sind die Optionsrechte in den aktuellen Pflegetagegeldtarifen von Hallesche oder Signal Iduna. Auch sie bergen die Gefahr, dass an eine Umstellung erst dann gedacht wird, wenn es schon längst zu spät ist. Selbst eine noch so wasserdichte Kommunikation kann nicht ausschließen, dass später der Makler in Regress genommen wird, da er den Kunden nicht regelmäßig über seine Umstellungsrechte informiert hat. Hier wäre eine automatische Tarifumstellung mit Widerspruchsmöglichkeit gegebenenfalls vorteilhafter. Alternativ wäre auch sinnvoll, die Kunden jährlich zur Hauptfälligkeit über alle möglichen Optionen zu informieren und die Meldefrist grundsätzlich auf die Zeit zwischen zwei Hauptfälligkeiten zu verankern.



Sichern Sie
sich Ihr
Exemplar!

**Grundlagen der
Pflegeversicherung
Teil I**

Risiko & Vorsorge · Ausgabe 2/09
Bestellungen:
info@bhm-marketing.de
4,90 Euro zzgl. Versand
inkl. 7% MwSt.