

Aktuelle Pflegegaranten in der Übersicht: Teil 1 – Pflegegarantegeldversicherungen

■ AXA Krankenversicherung AG

Der AXA Konzern zählt mit Beitragseinnahmen von 9,84 Mrd. Euro (2008) und rund 12.000 Mitarbeitern zu den führenden Versicherungs- und Finanzdienstleistungsgruppen in Deutschland. Die AXA Deutschland ist Teil der AXA Gruppe, einem der weltweit führenden Versicherungsunternehmen und Vermögensmanager mit Tätigkeitsschwerpunkten in Europa, Nordamerika und dem asiatisch-pazifischen Raum. Die heutige AXA Krankenversicherung AG geht auf die 1962 in Köln gegründete Union Krankenversicherung-AG zurück.

Versichertenbestand per 31.12.2008:	1.401.042 Personen
Versichertenbestand per 31.12.2007:	520.189 Personen
In der ergänzenden Pflegezusatzversicherung betrug der Versichertenbestand für das Jahr 2009 insgesamt 33.953 Verträge, 31.007 Personen für 2008 und 26.290* Verträge für 2007.	
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	224 (= 0,016%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	130 (= 0,025%)

Nettoverzinsung 2009:	2,8%
Nettoverzinsung 2008:	3,8%
Nettoverzinsung 2007:	4,3%*
Eigenkapital 2009:	172,6 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	202,1 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	202,9 Mio. Euro*

* inklusive DBV-Winterthur

Tarif:	Pflegevorsorge FamilyFit
Tarifart:	Pflegegarantegeld (im Tarif als „Pflegegarant“ bezeichnet)
Tarifunterlagen:	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil II Tarif Pflegevorsorge FamilyFit (Stand 24.02.2010); als optionale Ergänzung: Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut Teil II Tarif Pflegevorsorge Akut (Stand: 19.01.2010)
Bildung von Alterungsrückstellungen:	ja (I § 8 a Abs. 2)
Kurzbeschreibung:	Vereinbart wird ein monatliches Pflegegarant, welches für jedes Familienmitglied unterschiedlich hoch sein kann. Die Auszahlung erfolgt unabhängig von der Pflegestufe. Belohnt wird ergänzende Pflegevorsorge. Der Tarif versteht sich als generationenübergreifende Vorsorge für die ganze Familie und beinhaltet auch ein Präventionsprogramm mit Beratung und Services.
Wartezeit:	nein
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:	ja (I § 14 Abs. 1)
Treuhänderklausel:	ja (gemäß I § 8b Nr. 1 und I § 19 Abs. 1)
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	ja (I § 6 Abs. 2)
Weltgeltung:	nein (der Versicherungsschutz bezieht sich nach I § 1 Abs. 12 auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Der Versicherungsschutz entfällt gemäß I § 5 Abs. 1c) während des Aufenthalts, auch wenn die versicherte Person während des Auslandsaufenthalts zum Pflegefall wird. Ohne besondere Vereinbarung endet der Versicherungsschutz für versicherte Personen, deren gewöhnlicher Wohnsitz ins Ausland verlegt wird)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	ja (Gemäß D Nr. 2 können versicherte Personen bei bestimmten Ereignissen (z.B. Heirat, Geburt eines Kindes) mit Frist von in der Regel ereignisabhängig 2 oder 3 Monaten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten den Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen um 250 Euro erhöhen. Besonderheiten sind zu beachten, wenn bei Vertragsabschluss Zuschläge, Ausschlüsse oder Einschränkungen vereinbart wurden)
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	zu bestimmten Ereignissen oder Zeitpunkten im Leben der versicherten Personen kann das Pflegegarant um jeweils 250 Euro aufgestockt werden
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	ja (kein Ausschluss)
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	nein, es sei denn diese beruht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit. Pflegegarant gemäß oder anteiliges Pflegegarant gemäß Bedingungen wird in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weitergezahlt (I § 5 Abs. 1f)
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegsergebnisse:	nein (I § 5 I Abs. 1)
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nein
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	ja
GDV-Garantie:	nein
Innovationsklausel:	nein
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	ja (keine Einschränkung gemäß A Nr. 2. Siehe auch I 6 Abs. 1). Allerdings ist gemäß I § 9 Abs. 1 die Feststellung der Pflegebedürftigkeit innerhalb von 30 Tagen nach Feststellung durch entsprechende Nachweise dem Versicherer zu melden
Pflegeplatzgarantie:	über den optionalen Ergänzungsbaustein „Pflegevorsorge Akut“ Vermittlung eines Platzes in einem zertifizierten Pflegeheim in Deutschland bzw. eines qualifizierten Pflegedienstes in der Regel innerhalb von 24 Stunden
Sonstige Assistenzleistungen:	über den optionalen Ergänzungsbaustein „Pflegevorsorge Akut“ mit 24-Stunden-Hotline sowie bis zu 2.500 Euro innerhalb von 3 Monaten für praktische Alltagshilfen, Botengänge, Tag- und Nachtwachen etc. Ein erneuter Anspruch erfolgt frühestens 3 Jahre nach dem Ende des vorhergegangenen Versicherungsfalles.

Sonstige Besonderheiten:	der Versicherer erstattet jährlich 50% der Kosten für tariflich definierte Pflegepräventionsmaßnahmen (z.B. Nordic Walking oder Beckenbodengymnastik). Die jährliche Höchstleistung beträgt 10% des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes. Zusätzlich besteht ab dem vollendeten 70. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf eine individuelle Pflegeprophylaxe durch entsprechend geschulte Pflegefachkräfte. Die Erstattung innerhalb von 2 Kalenderjahren beträgt maximal 20% des monatlichen Pflegegeldes, welches zu Beginn der Durchführung der Pflegeprophylaxemaßnahme vereinbart ist. Der gleichzeitige Bezug von Pflegegeld schließt Leistungen aus dem Präventionsprogramm aus. Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden könnten, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus).
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja, sofern Pflegeleistungen einer stationären Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	nein
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	nein
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfallles:	Bei Pflegestufe I und II ist mindestens einmal halbjährlich, ab Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist durch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine Pflegeeinrichtung vor Ort oder durch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der Privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung durchgeführt und bescheinigt werden. Aufwendungen für die Beratung werden im Rahmen der im Tarif benannten Beträge erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab oder stimmt sie der Mitteilung der bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung nicht zu, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Weitere Ausführungen in I § 4 A Nr. 4. Der Wegfall oder die Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer zu melden.
Mindesteintrittsalter:	0 Jahre (Kinder unter 15 Jahren können optional mit einem Basistarif beitragsfrei mitversichert werden. Bei Neubeginn beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt)
Höchstesintrittsalter:	nicht zutreffend (laut Software nur bis Endalter 65 berechenbar)
Alleiniger Versicherungsschutz auch für Kinder:	nein (Voraussetzung für die Annahme und das Fortbestehen des Versicherungsschutzes ist, dass mindestens 2 Personen ab dem vollendeten 20 Lebensjahr versichert sind. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so besteht Anspruch auf einen Tarifwechsel in den Tarif Pflegevorsorge Flex. Abweichend ist eine Vertragsfortführung mit einem volljährigen Versicherungsnehmer bei Ausscheiden versicherter Personen durch Todesfall möglich)
Umstellung vom Kinder- auf den Erwachsenertarif:	mit dem Erreichen des vollendeten 20. Lebensjahres
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	Skonto bei jährlicher Zahlweise von 3%, bei halbjährlicher Zahlweise von 2%.
Mindestvertragslaufzeit:	2 Jahre
Hauptfälligkeit:	01. Januar eines Jahres (Kalenderjahr)
Maximal versicherbarer Tagessatz:	150 Euro (maximal 4.500 Euro monatlich)
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	nur zwei Gesundheitsfragen bis Alter 65, ab Alter 66 ist ein ärztliches Zeugnis erforderlich

Beispielhafte Monatsprämien für ein Pflegegeld von 1.500 Euro im Monat

Alter	Pflegevorsorge FamilyFit		Pflegevorsorge Akut*	
	Mädchen / Frau	Junge / Mann	Mädchen / Frau	Junge / Mann
5 Jahre	8,58 Euro	8,58 Euro	0,20 Euro	0,20 Euro
10 Jahre	8,58 Euro	8,58 Euro	0,20 Euro	0,20 Euro
15 Jahre	8,58 Euro	8,58 Euro	0,20 Euro	0,20 Euro
20 Jahre	30,00 Euro	19,44 Euro	1,20 Euro	0,80 Euro
25 Jahre	35,22 Euro	22,74 Euro	1,50 Euro	1,00 Euro
30 Jahre	41,70 Euro	27,06 Euro	1,60 Euro	1,20 Euro
35 Jahre	49,98 Euro	32,64 Euro	2,00 Euro	1,50 Euro
40 Jahre	60,90 Euro	39,84 Euro	2,40 Euro	1,90 Euro
45 Jahre	75,48 Euro	49,44 Euro	2,90 Euro	2,30 Euro
50 Jahre	95,28 Euro	62,58 Euro	3,70 Euro	3,00 Euro
55 Jahre	122,70 Euro	80,94 Euro	4,70 Euro	3,90 Euro
60 Jahre	162,18 Euro	107,28 Euro	6,00 Euro	5,10 Euro
65 Jahre	221,16 Euro	146,34 Euro	7,90 Euro	6,90 Euro
70 Jahre	315,30 Euro	207,36 Euro	10,60 Euro	9,40 Euro

* hier gilt ein pauschaler Preis. Eine individuelle Leistungshöhe wird nicht vereinbart. Der Tarif kann nur ergänzend zu einem anderen Pfegetarif bei der Axa abgeschlossen werden und übernimmt Serviceleistungen rund um den Leistungsfall (24-h-Hotline zu unmittelbaren und mittelbaren Pflegeleistungen, Vermittlung unmittelbarer Pflegeleistungen, Vermittlung stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste, Kostenübernahme bis 2.500 Euro u.a. für Beförderung, Menüservice, Wohnungsreinigung, Begleitservice und Fahrdienst, Kinder- und Freizeitbetreuung. Die Leistungspflicht besteht für einen Zeitraum von 3 Monaten ab Eintritt des Pflegefalles. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erstmals nach Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des vorangegangenen Leistungsfallles.

■ HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Das Unternehmen wurde am 15.09.1934 durch die kaufmännische Krankenkasse (KKH) mit Sitz in Berlin als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit für den nicht versicherungspflichtigen Personenkreis gegründet. Die Ausgliederung der „privat“ Versicherten aus den gesetzlichen Kassen wurde per Gesetz beschlossen. Die betroffenen Versicherten, insgesamt 20.570 Personen, wurden als Bestand auf das neue Unternehmen übertragen. Das Unternehmen wurde am 02.08.2002 in HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit umfirmiert. Der Unternehmensverbund trägt seitdem den Namen Verbund ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE. Unternehmenssitz ist in Stuttgart. Angeboten werden Kranken- und Pflege(zusatz)versicherungen.

Versichertenbestand per 31.12.2009:	572.756 Personen
Versichertenbestand per 31.12.2008:	543.024 Personen
Versichertenbestand per 31.12.2007:	522.392 Personen
In der Krankenzusatzversicherung betrug der Versichertenbestand für das Jahr 2009 insgesamt 343.681 Personen, 322.216 Personen für 2008 und 308.246 Personen für 2007.	
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	38 (= 0,007%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	43 (= 0,008%)

Nettoverzinsung 2009:	4,20%
Nettoverzinsung 2008:	4,37%
Nettoverzinsung 2007:	4,13%
Eigenkapital 2009:	178,4 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	163,4 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	148,4 Mio. Euro

Tarif:	OLGAplus
Tarifart:	Pflegetagegeld
Tarifunterlagen:	Verbraucherinformation (VG 320 - 12.09), Teil I und II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (PM 76 - 02.10), Tarif OLGA (PM 75 - 10.08), Satzung mit Stand 02.12.2008
Bildung von Alterungsrückstellungen:	ja (§ 8 a I Abs. 2)
Kurzbeschreibung:	Im Tarif OLGAplus erfolgt die Leistung in Abhängigkeit von der Pflegestufe (Pflegestufe I: 30%, Pflegestufe II: 70%, Pflegestufe III: 100%). Alternativ gibt es auch die hier nicht näher beschriebenen Tarifvarianten OLGA (nur Leistung in Pflegestufe III) und OLGAaktiv (Pflegestufe I: 0%, Pflegestufe II: 70%, Pflegestufe III: 100%). Der Versicherungsschutz kann in Höhe von 5 Euro oder eines Vielfachen davon abgeschlossen werden.
Wartezeit:	nein (§ 3 II)
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:	ja (§ 14 Abs. 1)
Treuhänderklausel:	ja (§ 8b I sowie § 18 I Abs. 1 und 2 der AVB, Ziffer V der Tarifbestimmungen bzw. § 28 der Satzung)
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung: ja (§ 6 II Abs. 2)	
Weitgeltung:	nein (der Versicherungsschutz bezieht sich nach I § Abs. 11 auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. „Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.“ Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den benannten Staaten gleichgestellt. Vorbehaltlich dieser Regelungen entfällt der Versicherungsschutz gemäß § 5 Nr. 1c) während der Dauer jedes, auch vorübergehenden, Auslandsaufenthaltes. Wird der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt vorübergehend oder dauerhaft ins sonstige Ausland verlegt, endet der Versicherungsschutz gemäß § 15 I Abs. 4 und § 15 II 2, sofern nicht abweichend mit dem Versicherer eine sonstige Sondervereinbarung getroffen wurde)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	bei Wahl der geringeren Tarifstufen besteht unter bestimmten Umständen, erstmals jedoch nach 5 Jahren ein Optionsrecht, den bestehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung auf die Tarife OLGAplus bzw. OLGAaktiv anzupassen. Die Option gilt auch, wenn der Leistungsfall bereits eingetreten ist, allerdings ist eine Meldefrist von 2 Monaten zu beachten.
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	alle 3 Jahre kann das bestehende Pflegetagegeld um 10% dynamisiert werden. Dabei wird auf volle 1-Euro-Schritte gerundet. Erstmals besteht dieser Anspruch 36 Monate zum 1. Juli eines Jahres, nicht jedoch vor Ablauf von 36 Monate nach Vertragsbeginn. Die Option besteht auch noch nach Eintritt des Pflegefalls, sofern der VN nicht mehr als zweimal in Folge einer Erhöhung widersprochen hat (Ziffer IV der Tarifbestimmungen)
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	nein (§5 Abs. 1 b)
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	nein, es sei denn diese beruht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit (I § 5 Abs. 1f)
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegereignisse:	ja (Kriegereignisse gelten gemäß § 5 II Nr. 1 als nicht vorhersehbar, wenn während des Aufenthaltes im Reise-land keine Kriegereignisse mehr stattfinden und für das Aufenthaltsland vom Auswärtigen Amt keine Reise-warnung besteht. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den ausgeschlossenen Kriegser-eignissen)
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nein
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	nein, allerdings wird die tarifliche Leistung bei Eintritt in die Pflegestufe III um den Zahlbeitrag aufgestockt
GDV-Garantie:	nein
Innovationsklausel:	nein
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	nein, frühestens ab Beginn des Monats der Antragsstellung (gemäß § 6 I Abs. 1)
Pflegeplatzgarantie:	nein

Sonstige Assistenzleistungen:	ja (Vermittlung diverser Dienstleistungen), sofern diese innerhalb Deutschlands durchgeführt werden (Ziffer 2 der Tarifbestimmungen)
Sonstige Besonderheiten:	gemäß § 5 I Abs. 1 d keine Leistungen, soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 BVG des Bundesversorgungsgesetzes ² oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatliche oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	nein
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	ja (bei erstmaligem Eintritt in die Pflegestufe III wird in den ersten 30 Tagen die dreifache Leistung erbracht)
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfalles:	meldepflichtig sind der Wegfall oder eine Minderung der Pflegebedürftigkeit. Gemäß § 9 I Abs. 2 sind weiter nach Eintritt des Versicherungsfalles anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V.
Mindesteintrittsalter:	0 Jahre
Höchstes Eintrittsalter:	unbegrenzt, allerdings ist ab Eintrittsalter 71 eine Untersuchung mit Labor nötig. Im Tarifheft und im Online-rechner werden Prämien nur bis Endalter 70 benannt. Es ist nicht erkennbar, dass ein Versicherungsschutz auch noch danach per Antrag möglich wäre.
Alleiniger Versicherungsschutz auch für Kinder:	ja
Umstellung vom Kinder- auf den Erwachsenentarif:	die erste Umstellung erfolgt mit dem vollendeten 16. Lebensjahr, die abschließende Umstellung zum vollendeten 20. Lebensjahr
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	nein, aber Skonto von 3% bei jährlicher Zahlweise
Mindestvertragslaufzeit:	2 Jahre
Hauptfälligkeit:	jeweils zum 01.01. eines Jahres
Maximal versicherbarer Tagessatz:	100 Euro
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	ja

² Gesetz stammt aus dem Jahre 1947 und bezieht sich heute nur noch auf Bundeswehrangehörige im Auslandseinsatz.

Beispielhafte Monatsprämien für einen Tagessatz von 50 Euro

Alter	Mädchen / Frau	Junge / Mann
	OLGAplus	OLGAplus
5 Jahre	5,20 Euro	5,20 Euro
10 Jahre	5,20 Euro	5,20 Euro
15 Jahre	5,20 Euro	5,20 Euro
20 Jahre	4,80 Euro	3,60 Euro
25 Jahre	18,30 Euro	11,40 Euro
30 Jahre	24,10 Euro	15,00 Euro
35 Jahre	31,40 Euro	19,70 Euro
40 Jahre	40,40 Euro	25,50 Euro
45 Jahre	51,90 Euro	33,00 Euro
50 Jahre	66,80 Euro	42,80 Euro
55 Jahre	86,80 Euro	56,20 Euro
60 Jahre	114,30 Euro	74,90 Euro
65 Jahre	149,00 Euro	99,00 Euro
70 Jahre	205,50 Euro	138,60 Euro

■ **DÜSSELDORFER VERSICHERUNG Krankenversicherungsverein a.G.**

Der Versicherer wurde 1985 mit Sitz in Düsseldorf gegründet. Ursprünglich gegründet als Selbsthilfeverein der AOK-Beschäftigten. Angeboten werden nur Kranken- und Pflegezusatzversicherungen.

Versichertenbestand per 31.12.2008:	16.856 Personen
Versichertenbestand per 31.12.2007:	9.873 Personen
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	1 (= 0,006%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	5 (= 0,05%)
Geschäftsberichte werden im Bundesanzeiger veröffentlicht, sind jedoch nicht online verfügbar.	

Nettoverzinsung 2009:	4,80 %
Nettoverzinsung 2008:	-1,00 %
Nettoverzinsung 2007:	4,32%
Eigenkapital 2009:	1.928.850 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	1.346.625 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	2.013.500 Mio. Euro

Tarif:	PZ
Tarifart:	Pflegetagegeld
Tarifunterlagen:	Satzung vom 17.08.2007; AVB, Stand 01.01.2009
Bildung von Alterungsrückstellungen:	ja (§ 8 a Abs. 2). Gemäß § 14 Abs. 1 Kalkulation nach Art der Lebensversicherung.
Kurzbeschreibung:	den Tarif PZ gibt es in den Varianten PZ1, PZ2 und PZ3. Beinhaltet sind jeweils Leistungen für die im Tarif bezeichnete Pflegestufe (z.B. leistet der PZ1 30 Euro ein Pflegetagegeld von 30 Euro in der Pflegestufe 1). Der Versicherungsschutz kann in Höhe von 5 Euro oder eines Vielfachen davon abgeschlossen werden. Die Pflegetagegeldhöhe ist frei wählbar, jedoch kann die nächst höhere Pflegestufe nicht niedriger als die Pflegestufe 1 bzw. 2 abgeschlossen werden.
Wartezeit:	nein (§ 3 Abs. 2)
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:	ja (§ 14 Abs. 1)
Treuhänderklausel:	ja (§ 18 AVB bzw. § 19 der Satzung)
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	ja (Tarifbedingungen)
Weltgeltung:	nein (nach §1 Abs. 11 gilt der Versicherungsschutz in den Ländern, in denen auch Leistungen aus der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden. Insbesondere gilt der Versicherungsschutz in Europa (gemäß Produktinformationsblatt: EWR und EU). Nach § 5 Abs. 1 d erlischt der Versicherungsschutz für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes. Bei Verzug ins Ausland kann der Versicherungsschutz gemäß § 15 Abs. 3 nur nach vorheriger Vereinbarung mit dem Versicherer fortgeführt werden. Bei nur vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb des Geltungsbereiches kann die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung verlangt werden. Hier scheint verhüllt eine Obliegenheit zu bestehen, auch Urlaubsreisen außerhalb Europas zu melden, sofern der gewöhnliche Aufenthalt nicht mehr in Deutschland besteht)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	gemäß Tarifbedingungen hat der Versicherungsnehmer „das Recht, alle 24 Monate, gerechnet seit Versicherungsbeginn, maximal jedoch drei Mal, den Versicherungsschutz um höchstens zwei Leistungs-Stufen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.“ Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Damit ist also eine Erhöhung um dreimal höchstens 10 Euro möglich. Wer im Alter von 20 Jahren ein Pflegetagegeld von 50 Euro abschließt und bis zum vollendeten 70. Lebensjahr alle Erhöhungsoptionen nutzt, erreicht effektiv einen „Inflationsausgleich“ von 0,94% p.a., bei Vertragsabschluss mit 40 Jahren von immerhin 1,58% p.a. Der Anbieter empfiehlt im persönlichen Gespräch, die Nachversicherungsgarantie dann zu beanspruchen, wenn eine Erhöhung der Leistung durch vereinfachte Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich sein sollte und damit als zusätzlichen „Joker“ zu bewerten.
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	nein (die Nachversicherungsgarantie wird von der Düsseldorfer als „Dynamik“ gewertet. In diesem Sinne ist eine Dynamik auch nach Eintritt des Leistungsfall es möglich)
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	nein (§5 Abs. 1 b)
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	nein, es sei denn diese beruht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit (§ 5 Abs. 1f)
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegsereignisse:	nein (§ 5 Nr. 1a. Nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind die Folgen terroristischer Anschläge. Inwiefern diese als Kriegsereignisse zu verstehen sind, bleibt unklar)
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nein
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	ja (Tarifbedingungen)
GDV-Garantie:	nein
Innovationsklausel:	nein
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	eingeschränkt (gemäß Tarifbedingungen erfolgt die Leistung bei verspätetem Einreichen des Leistungsnachweises (Frist:
Pflegeplatzgarantie:	nein

Sonstige Assistenzleistungen:	nein
Sonstige Besonderheiten:	gemäß § 5 Abs. 1 d) keine Leistungen, wenn versicherte Person Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja (Tarifbedingungen)
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja (Tarifbedingungen)
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja (Tarifbedingungen)
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	nein, aber in Vorbereitung (aktuell nicht im Tarif enthalten)
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	nein
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfalles:	nach § 9 ist nicht nur der Wegfall der Pflegebedürftigkeit zu melden, sondern auch „jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege [...] aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V [...] und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 d.“ Gemäß Tarifbedingungen ist der Leistungsnachweis zur Einstufung in eine der gesetzlichen Pflegestufen spätestens 3 Monate nach Feststellung der Pflegestufe einzureichen.
Mindesteintrittsalter:	0 Jahre
Höchstesintrittsalter:	nein
Alleiniger Versicherungsschutz auch für Kinder:	nein. Kinder können nur versichert werden, wenn auch mindestens ein Elternteil hier versichert wird. Der Versicherungsschutz für das Kind darf den Versicherungsschutz der Eltern nicht übersteigen.
Umstellung vom Kinder- auf den Erwachsenentarif:	mit dem vollendeten 21. Lebensjahr
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	nein
Mindestvertragslaufzeit:	2 Kalenderjahre
Hauptfälligkeit:	Monat des Vertragsabschlusses
Maximal versicherbarer Tagessatz:	150 Euro, darüber hinaus nur mit Zustimmung des Vorstandes
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	ja

Beispielhafte Monatsprämien für einen Tagessatz von 50 Euro

Alter	Mädchen / Frau				Junge / Mann			
	PZ1	PZ2	PZ3	Gesamt	PZ1	PZ2	PZ3	Gesamt
5 Jahre	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)
10 Jahre	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)
15 Jahre	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)
20 Jahre	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)	3,30	2,10	2,70	(= 8,10 Euro)
25 Jahre	14,40	13,80	7,20	(= 35,40 Euro)	8,00	9,20	2,90	(=20,10 Euro)
30 Jahre	17,80	17,00	8,80	(= 43,50 Euro)	9,90	11,30	13,50	(= 24,70 Euro)
35 Jahre	21,90	21,00	10,60	(= 53,50 Euro)	12,20	14,10	4,20	(= 30,50 Euro)
40 Jahre	27,10	26,00	13,10	(= 66,20 Euro)	15,20	17,50	5,20	(= 37,90 Euro)
45 Jahre	33,80	32,40	16,30	(= 82,50 Euro)	19,10	22,00	6,50	(= 47,60 Euro)
50 Jahre	42,50	40,70	20,40	(=103,60 Euro)	24,20	28,00	8,20	(= 60,40 Euro)
55 Jahre	54,00	51,80	25,80	(= 131,60 Euro)	31,00	36,00	10,40	(=77,40 Euro)
60 Jahre	69,60	67,10	33,20	(= 169,90 Euro)	40,50	47,20	13,50	(=101,20 Euro)
65 Jahre	91,90	88,80	43,70	(= 224,40 Euro)	54,00	63,30	18,00	(=135,30 Euro)
70 Jahre	124,60	121,10	59,40	(= 305,10 Euro)	74,10	87,60	24,30	(=186,00 Euro)

■ **SIGNAL Krankenversicherung a. G.**

Der Krankenversicherer ist Teil der SIGNAL IDUNA Gruppe mit Sitz in Dortmund. Zur SIGNAL IDUNA Gruppe gehört auch der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. in Hamburg. Das Unternehmen geht zurück auf eine Initiative selbständiger Handwerker und Gewerbetreibender im Jahre 1907, die in Hamburg eine Kranken- und Sterbekasse gründeten. Das Unternehmen wurde IDUNA NOVA genannt. Aus der IDUNA NOVA Gruppe und der SIGNAL IDUNA Gruppe entstand zum 01.07.1999 ein Gleichordnungskonzern unter einheitlicher Leitung. Das Unternehmen betreibt das Geschäft sowohl mit Lebens-, Kranken- als auch Sachversicherungen. Die aktuelle Tarifgeneration von Pfl egetagegeldtarifen wurde zum 01.10.2009 aus der Taufe gehoben.

Versichertenbestand (Krankenversicherung) per 31.12.2008:	1.985.474 Personen
Versichertenbestand (Krankenversicherung) per 31.12.2007:	1.984.238 Personen
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	77 (= 0,0039%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	99 (= 0,0050%)

Nettoverzinsung 2009:	4,2%
Nettoverzinsung 2008:	3,8%
Nettoverzinsung 2007:	4,7%
Eigenkapital 2009:	402,3 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	385,3 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	370,3 Mio. Euro*

Tarif:	PflegeTOP
Tarifart:	Pfl egetagegeld
Tarifunterlagen:	Teil I Musterbedingungen MB/EPV 2009, Fassung 01.2010; Teil II SIGNAL Tarifbedingungen, Fassung 01.2009
Bildung von Alterungsrückstellungen:	ja (§ 8 a Teil I MB/KK Abs. 2)
Kurzbeschreibung:	den Tarif gibt es auch in den Varianten PflegeSTART und PflegePLUS mit Leistungen erst ab Pflegestufe III bzw. II. Abweichend wird bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit auch in diesen Tarifen schon ab Pflegestufe I geleistet. Zusätzlich existiert der Tarif PflegeUNFALL mit Leistungen in allen Pflegestufen nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsschutz kann zwischen 20 und 100 Euro in 5-Euro-Schritten abgeschlossen werden. Die Höhe des Pfl egetagegeldes ist abhängig von der Pflegestufe. Die Leistung im Tarif PflegeTOP beträgt 30% in Pflegestufe I, 70% in Pflegestufe II und 100% in Pflegestufe III.
Wartezeit:	nein (Teil III A Nr. 2)
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht:	ja (Teil II § 14)
Treuhänderklausel:	ja (Teil III D)
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	ja (Teil III B Nr. 5.3)
Weltgeltung:	nein (der Versicherungsschutz bezieht sich auf Pflege in Europa. Bei einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht der Versicherungsschutz ohne Einschränkungen fort, solange sich der Erstwohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in Deutschland befinden. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausdehnen, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens für zwei weitere Monate. Die Assistenzleistungen beschränken sich auf Deutschland)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	Es besteht ein Optionsrecht für den Fall der Einführung neuer Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung. Das Optionsrecht ist im Rahmen der tariflichen Voraussetzungen innerhalb von 3 Monaten ab dem Ereignis auszuüben und setzt voraus, dass der Tarif PflegeTOP vor dem vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen wurde.
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	das vereinbarte Pfl egetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung – auch für nach dem Versicherungsbeginn eingetretene Leistungsfälle – alle drei Jahre zum 01. Juli um 10%, vorausgesetzt, dass die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich die Höhe des vereinbarten Pfl egetagegeldes nicht geändert hat. Berechnungsgrundlage für die Erhöhung ist der Tarifbeitrag für das dann gültige Einstiegsalter. Wird einer Dynamik mehr als zweimal in Folge widersprochen, so erlischt das Recht.
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	ausgeschlossen sind Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	nein. Ausgeschlossen sind auch Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegsereignisse:	nein (ausgeschlossen sind Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt sind und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz einbezogen sind. Abweichend wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten unter Beachtung von § 5 (3) Teil I geleistet)
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nein
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	ja (sofern für die versicherte Person Pfl egetagegeld nach Pflegestufe III gezahlt wird)
GDV-Garantie:	nein

Innovationsklausel:	nein
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	der Tarif benennt keine Einschränkungen bei nicht unverzüglicher Meldung
Pflegeplatzgarantie:	ja (innerhalb von 24 h. Falls möglich wird ein stationärer Pflegeheimplatz in der unmittelbaren Umgebung der versicherten Person zur Verfügung gestellt)
Sonstige Assistenzleistungen:	ja (Voraussetzung ist ein Tagessatz von mindestens 35 Euro. Versichert sind dann Organisations- und Serviceleistungen, Reha-Management, sowie die Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. 24-h-Hotline)
Sonstige Besonderheiten:	nein
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	sofern aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkungen der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45 SGB XI, so wird aus dem versicherten Tarif monatlich ein Betreuungsgeld gezahlt. Dieses beträgt pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV, insgesamt also maximal 200 Euro monatlich
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	ja (bei erstmaliger Einstufung in die Pflegestufe III wird eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen Pflegetagegeldsatzes gezahlt. Dieser Anspruch besteht nur einmal während der Vertragslaufzeit)
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfalles:	Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
Mindesteintrittsalter:	0 Jahre
Höchsteintrittsalter:	nein (über die Software und das Tarifheft wird jedoch kein Einstiegsalter über 70 Jahren angezeigt)
Alleiniger Versicherungsschutz auch für Kinder:	ja
Umstellung vom Kinder- auf den Erwachsenentarif:	mit dem 15. bzw. 20. Lebensjahr ist eine Tarifumstellung für 15- bzw. 20jährige erforderlich
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	nein (4% Skonto bei jährlicher Zahlweise)
Mindestvertragslaufzeit:	1 Versicherungsjahr (AVB § 2 Teil II)
Hauptfälligkeit:	Monat des Vertragsabschlusses
Maximal versicherbarer Tagessatz:	100 Euro
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	eingeschränkt (4 Fragen)

Beispielhafte Monatsprämien für einen Tagessatz von 50 Euro

Alter	Mädchen / Frau	Junge / Mann
	PflegeTOP	PflegeTOP
5 Jahre	4,30 Euro	4,30 Euro
10 Jahre	4,30 Euro	4,30 Euro
15 Jahre	4,20 Euro	5,76 Euro
20 Jahre	10,88 Euro	7,53 Euro
25 Jahre	14,43 Euro	9,42 Euro
30 Jahre	19,52 Euro	12,55 Euro
35 Jahre	26,23 Euro	16,78 Euro
40 Jahre	34,69 Euro	22,18 Euro
45 Jahre	45,39 Euro	29,06 Euro
50 Jahre	59,29 Euro	38,07 Euro
55 Jahre	77,88 Euro	50,26 Euro
60 Jahre	103,68 Euro	67,25 Euro
65 Jahre	140,93 Euro	91,77 Euro
70 Jahre	197,53 Euro	128,85 Euro

Ausgewählte leistungsstarke Pflegetagegelder im Leistungsvergleich

	Axa	Düsseldorfer	Hallesche	SIGNAL IDUNA
Tarif	<i>Pflegevorsorge Flex (Flex 1, Flex 2, Flex 3)</i>	<i>PZ 1, PZ 2, PZ 3</i>	<i>OLGAplus</i>	<i>PflegeTOP</i>
Wartezeit	nein	nein	nein	nein
Einstufung Pflegebedürftigkeit analog PPV	ja	ja	ja	ja
volle Leistung auch bei Laienpflege	ja	ja	ja	ja
Leistung bei Demenz (Pfleigestufe 0)	20% des Tagessatzes (sofern VP mindestens 20 Jahre alt ist)	nein	nein	pro 1 Euro Tagessatz in Höhe von 1 % der Leistung aus gesetzlicher bzw. privater Pflegepflicht (maximal 200 Euro monatlich)
Pfleigestufe I	100%	100%	30%	30%
Pfleigestufe II	100%	100%	70%	70%
Pfleigestufe III	100%	100%	100%	100%
Einmalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit	nein	nein	nein	bei erstmaliger Einstufung in Pfleigestufe III: 90facher Tagessatz
Beitragsbefreiung im Pflegefall	ab Pfleigestufe 0	ab Pfleigestufe I	ab Pfleigestufe III	ab Pfleigestufe III
Pflegeplatzgarantie	nein	nein	nein	ja (24 h)
sonstige Assistenzleistungen	nein	nein	ja	ja
Dynamisierungsoptionen ohne Gesundheitsprüfung	alle 3 Jahre zum 01.07. Erhöhung des versicherten Tagessatzes um 10%	Erhöhung alle 2 Jahre (insgesamt max. 3mal) um höchstens 2 Leistungsstufen	alle 3 Jahre zum 01.07. Erhöhung des versicherten Tagessatzes um 10% (frühestens nach Ablauf von 36 Monaten)	alle 3 Jahre zum 01.07. Erhöhung des versicherten Tagessatzes um 10% (sofern VP min. 20 Jahre alt ist, das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet ist und der Tagessatz seit min. 3 Jahren in dieser Höhe versichert war)
Geltungsbereich	Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums	Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums	Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums, Schweiz	Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums, Schweiz
vereinfachte Gesundheitsprüfung	nein	ja	ja	ja (4 Fragen einschließlich einer offenen Frage)
maximal versicherbarer Tagessatz für Pfleigestufe III	150 Euro	150 Euro	100 Euro	100 Euro

Wichtiger Hinweis: diese Übersicht ist eine stark vereinfachte Zusammenfassung der Versicherungsbedingungen und ersetzt nicht deren Studium.

Teil 2 dieser Serie wird in „Risiko & Vorsorge“ 1/2011 fortgesetzt.
Ausgabe 1/2011 erscheint im Dezember 2010.