

Produkt-Steckbrief Pflegezusatz Exklusiv

Tarife
419 + 419B

Eintrittsalter und Zielgruppe	
Mindesteintrittsalter	<ul style="list-style-type: none"> Ab Geburt Bei staatlich geförderter Pflegezusatzversicherung ab 18 Jahre
Höchsteintrittsalter	<ul style="list-style-type: none"> 75 Jahre
Zielgruppe/ Versicherungsfähigkeit	<p>a) Die Beschäftigten der BMW AG in Deutschland sowie der mit der BMW AG im Sinne von §§ 15 ff. AktG verbundenen Unternehmen in Deutschland,</p> <p>b) die Beschäftigten der BMW BKK,</p> <p>c) die Versicherten der BMW BKK,</p> <p>d) die unter a) und b) genannten Beschäftigten, die in unmittelbarem Anschluss an das Ausscheiden eine Rente oder eine Pension beziehen.</p> <p>Ist eine dem vorgenannten Berechtigtenkreis zugehörige Person beim Münchener Verein krankenversichert, kann von dieser im Rahmen des Kollektivvertrages Versicherungsschutz mit den nachfolgenden Leistungen auch für ihren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten oder Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beantragt und fortgeführt werden. Entsprechendes gilt für unterhaltsberechtigter Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus, solange die Unterhaltsberechtigung gegeben ist.</p>
Keine Wartezeit	<ul style="list-style-type: none"> Ja, sofortiger Versicherungsschutz in dem ungeforderten Pflorgetagegeld
Wählbare Leistungen	
Pflegegrade (PG)	<ul style="list-style-type: none"> Premiumschutz - Leistung für die Pflegegrade 1 bis 5. Bei häuslicher Pflege leisten wir auch bei Laienpflege.
Leistung	<p>Tagegeld bei häuslicher Pflege:</p> <p>Leistungen für Pflegegrad 5: 100 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 4: 100 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 3: 80 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 2: 70 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 1: 30 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes</p> <p>Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim</p> <p>Leistungen für Pflegegrad 5: 150 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 4: 150 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 3: 100 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 2: 100 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes Leistungen für Pflegegrad 1: 30 % des in diesem Tarif versicherten Tagegeldes</p>
Max. Tagessatz	<ul style="list-style-type: none"> 150 €/Tag (4.500 € Monatspflegegeld) in Pflegegrad 5 bei vollstationärer Pflege bei vereinfachter Annahmeerklärung
Beitragsbefreiung	<ul style="list-style-type: none"> Obligatorische Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2
Einmalleistung	<ul style="list-style-type: none"> Bis zu 10.000 € in jeweils 1.000 €-Schritten Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 oder bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2
Staatliche Förderung hinzuwählen Bis zu 60 € pro Jahr vom Staat	<ul style="list-style-type: none"> Die FörderPfleger kann mit der Pflegezusatz Exklusiv kombiniert werden Die Tagegelder der FörderPfleger gehen dabei auf die Tagegelder der Pflegezusatz Exklusiv „on top“
Mehr Leistung bei Demenz über die Deutsche Demenz- Versicherung Selbstständig abschließbar oder in Kombination mit der Pflegezusatz Exklusiv	<ul style="list-style-type: none"> Bis zu 600 € monatliches Demenzgeld wählbar Leistet unabhängig von der Einstufung in einen Pflegegrad Leistung erfolgt ab Reisberg-Skala 5 (mittelschwere Demenz) Einfaches Anerkennungsverfahren für Demenz durch MDK oder die Stellungnahme eines Neurologen / Psychiaters

<p>Option auf Höherversicherung</p> <p>Die Nachversicherungsgarantie: Jetzt günstig einsteigen und Pflegeschutz später ausbauen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In die Pflegezusatz Exklusiv ist eine zusätzliche Option auf Höherversicherung eingeschlossen. Diese ermöglicht eine Anpassung des Versicherungsschutzes um jeweils bis zu 30%, insgesamt max. 40 €, bis zur Vollendung 71. LJ aus einem der nachfolgenden Gründe: <ul style="list-style-type: none"> • Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums o. einer Berufsausbildung • Geburt eines leiblichen oder Adoption eines minderjährigen Kindes • Tod des leiblichen oder adoptierten Kindes • Heirat o. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft • Scheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft • Tod oder Pflegebedürftigkeit des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners <p>Die Option endet wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Versicherungsfähigkeit entfällt; • Pflegebedürftigkeit eintritt; • das 71. Lebensjahr vollendet wird oder • aufgrund der maximal möglichen Erhöhung keine weitere Höherversicherung mehr möglich ist
<p>Keine Gesundheitsprüfung durch Ausschluss bestimmter Krankheiten</p> <p>Mir ist bekannt, dass für die zu versichernde Person kein Leistungsanspruch besteht, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • bereits Pflegebedürftigkeit besteht oder bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt wurde • keine deutsche gesetzliche Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung) besteht. • ein Antrag auf eine Pflegezusatzversicherung innerhalb der letzten 5 Jahre von einem Versicherungsunternehmen abgelehnt wurde • eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von über 50 besteht. 	<p>Ausschluss bestimmter Krankheiten</p> <p>Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch besteht, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung eine der folgenden Krankheiten in den letzten 5 Jahren ärztlich diagnostiziert oder behandelt oder eine weitere Abklärung zur Feststellung einer der folgenden Krankheiten angeraten wurde, welche zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht abgeschlossen ist; diese Einschränkung gilt jedoch nur, wenn mir diese ärztliche Diagnose oder Behandlung oder das ärztliche Anraten bei Antragstellung bekannt sind und die Krankheit für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zumindest mitursächlich ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems: <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer • Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) • Apallisches Syndrom (Wachkoma) • Bewegungskordinationsstörungen (Ataxien) • Creutzfeld-Jacob • Demenz • Epilepsie • Hydrozephalus • Multiple Sklerose • Myasthenia gravis • Parkinson-Krankheit • Schlaganfall • Querschnittslähmung 2. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: <ul style="list-style-type: none"> • Arterienaneurysma • Herzinfarkt • Herzinsuffizienz • Herzklappenerkrankung • Koronarsklerose • Periphere arterielle Verschlusskrankheit 3. Erkrankungen innerer Organe und Stoffwechselerkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> • Insulinpflichtiger Diabetes mellitus • Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) • Niereninsuffizienz • Leberzirrhose • Mukoviszidose 4. Erkrankungen des Immunsystems: <ul style="list-style-type: none"> • HIV-Infektion, AIDS 5. Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems: <ul style="list-style-type: none"> • Arthrose • Muskeldystrophie • Rheuma 6. Genetische Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> • Chorea Huntington • Down-Syndrom (Trisomie 21) 7. Sonstige Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> • Adipositas ab Grad II (BMI > 35) • Chronische offene Wunden • Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente) • Vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern (z.B. Rötelymbryopathie, Zytomegalievirus, Toxoplasmose, medikamenten-induzierte Schäden, Alkohol-, Drogenmissbrauchsschäden) • Autismus • Psychische Erkrankungen* <p>Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch besteht, wenn innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung die Erstdiagnose oder die erneute Diagnose (Rezidiv) bösartiger Neubildungen (bösartige Tumore) oder Hirntumor erfolgte; diese Einschränkung gilt jedoch nur, wenn mir diese ärztliche Diagnose oder Behandlung oder das ärztliche Anraten bei Antragstellung bekannt sind und die Krankheit für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zumindest mitursächlich ist. Wenn ausschließlich Hautkrebs diagnostiziert wurde, ist ein Leistungsanspruch jedoch nicht ausgeschlossen.</p>

	<p>*Hinweise zu psychischen Erkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Leistungsanspruch besteht, wenn die Behandlung abgeschlossen ist und nicht länger als 2 Monate gedauert hat, z. B. bei Behandlung durch Schulpsychologen (Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit), Prüfungsstress, Traumabewältigung (Scheidung, Verlust etc.). <p>Unterstützungsmaßnahmen wie die psychologische Beratung während einer RehaMaßnahme, einer Anschlussheilbehandlung oder einer onkologischen Therapie sind sinnvoll und nicht als Behandlung einer psychischen Erkrankung anzusehen.</p>
<p>Option auf Beitragsreduzierung</p> <p>Was das Leben auch bereithält: Mit der kleinen Anwartschaftsversicherung stets flexibel bleiben</p>	<p>Die Option passt sich jeder Lebenssituation an, zum Beispiel bei Immobilienfinanzierung, Elternzeit, Pflegezeit und vielem mehr.</p> <p>Mehr Sicherheit durch vorübergehende Beitragsreduzierung im Rahmen der kleinen Anwartschaftsversicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann ohne Angabe von Gründen beantragt werden • Keine erneute Gesundheitsprüfung am Ende der Anwartschaftszeit • Muss für mindestens 6 Monate und kann für maximal 12 Monate vereinbart werden • Maximal 2-mal während der gesamten Versicherungsdauer möglich
Einfacher Online-Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Sofort rechnen und online abschließen
Weltweite Leistung	<ul style="list-style-type: none"> • Ja
Leistungszusage innerhalb von 3 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, unsere Kunden erhält innerhalb von 3 Wochen, nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen, eine verbindliche Leistungsauskunft
Leistung bei vollstationärer-Heilbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, das Pflegetagegeld wird auch während der vollstationären Heilbehandlung weitergezahlt
Leistung bei Kur und Reha-Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, das Pflegetagegeld wird auch während stationärer Rehabilitationsmaßnahme, Kur- und Sanatoriumsbehandlung weitergezahlt
Leistung bei verspätet gemeldetem Versicherungsfall	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, wir leisten hier rückwirkend
<p>Leistungsdynamik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Wartezeit • Ohne Gesundheitsprüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Automatisch inbegriffen für die Personen, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. LJ noch nicht vollendet haben • Leistungserhöhung greift auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit • Das vereinbarte Pflegetagegeld kann alle 3 Jahre um 10 % erhöht werden. • Der Kunde kann auf Wunsch widersprechen; widerspricht er an 2 aufeinander folgenden Terminen entfällt der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.
Umstellungsoption bei Pflegereform	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit
Beitragsfreie Serviceleistungen	
Deutsche PflegeKarte	<p>Service-Garantie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach Abschluss der Pflegezusatz Exklusiv erhalten Kunden eine persönliche PflegeKarte • Die PflegeKarte sichert den Zutritt zu den kostenfreien Zusatzleistungen • Garantiert wertvolle Unterstützung – jetzt und im Pflegefall
Beratungs-Gutschein	<ul style="list-style-type: none"> • Wir übernehmen bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit oder bei der ersten Höherstufung in einen höheren Pflegegrad die Kosten für eine Beratung (nach § 7a SGB XI) bzw. Pflegekurse nach (§ 45 SGB XI), sofern diese Kosten nicht von der zuständigen Pflegekasse übernommen werden. Die Zusatzleistungen sind je Versicherungsfall auf 100 EUR beschränkt.
Pflege-Hotline	<p>MV Pflege-Experten helfen und beraten im Pflegefall</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beantragung von Pflegeleistungen • Vermittlung ambulanter Pflegedienste • Vermittlung teil- und vollstationärer Pflegeeinrichtungen • Pflegegerechtes Wohnen • Beratung zu Pflegehilfsmitteln
Pflegeplatz-Garantie	<p>Spezialisten vermitteln unter Garantie einen Pflegeheimplatz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb von 24 Stunden bei vollstationärer Pflege • Innerhalb von 48 Stunden bei teilstationärer Pflege (Kurzzeitpflege)

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	Fachanwaltliche Beratung <ul style="list-style-type: none"> • Um 90 € vergünstigte Erstberatung durch einen Fachanwalt des Instituts für Erbrecht gegen Vorlage der Deutschen PflegeKarte
Testamentarische Verfügung	Fachanwaltliche Beratung <ul style="list-style-type: none"> • Um 90 € vergünstigte Erstberatung durch einen Fachanwalt des Instituts für Erbrecht gegen Vorlage der Deutschen PflegeKarte
Demenz-Betreuungsprogramm „Hilfe für Pflegende“	Kostenfreies Betreuungsprogramm für Kunden und deren pflegende Angehörige <ul style="list-style-type: none"> • 1 Jahr lang telefonische Betreuung bei der häuslichen Demenzpflege • Qualifizierte Fachkräfte erstellen einen individuellen Hilfe- und Betreuungsplan • Unterstützung beim Bewältigen des Alltags (Arbeit, Familie, etc.) • Aufklärung und Informationen über das Krankheitsbild Demenz
Pflege-Ratgeber	Informative Broschüre <ul style="list-style-type: none"> • Bietet Überblick zu den wichtigsten Themen rund um die Pflegeversicherung • Viele Adressen und wertvolle Tipps rund um die Pflegesituation



Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
 Pettenkoferstr. 19 · 80336 München
 Tel. 089/51 52-10 00 · Fax 089/51 52-15 01
 info@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

670 13 94/00 (04.18)

Es gelten die jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.