

Zielgruppe: [FTS-HLT] Kinder - PTG - fairTest-Standard



Allianz Krankenversicherungs-AG

Tarif: PflagegeldBest mit ambu. Erhöhung und Einmalzahlung (PZTB03, PZTA03, PZTE03; Stand 03.2019); (PG #1, 2a - 5a)

Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Allianz Deutschland AG. Gegründet wurde die Krankenversicherung 1925 als Gedeveg Gemeinnützige Deutsche Versicherungs-Aktiengesellschaft in Berlin. Seit 1995 gehört diese Gesellschaft zur Allianz SE und wurde 2003 auf den Namen Allianz Private Krankenversicherungs-AG umfirmiert. Die Krankenversicherung bietet das gesamte Tarifspektrum an (Krankenvoll- und Pflege-, Krankentagegeld- sowie Private Krankenzusatzversicherung). Der Versicherer bietet aufgrund der Unternehmensstärke und Kennzahlen eine entsprechende Zukunfts-Sicherheit.



Legende der Qualitätsbewertung:

0 Sterne:	0% - 29%	ungenügend	nicht empfehlenswert
1 Stern:	30% - 39%	mangelhaft	nicht empfehlenswert
2 Sterne:	40% - 49%	ausreichend	nicht empfehlenswert
3 Sterne:	50% - 59%	befriedigend	bedingt empfehlenswert
4 Sterne:	60% - 69%	gut	empfehlenswert
5 Sterne:	70% - 79%	sehr gut	sehr empfehlenswert
6 Sterne:	80% - 100%	ausgezeichnet	besonders empfehlenswert - exzellent

Nach Bewertungsart:

Kombination

Bei der Bewertungsart "Kombination" werden die besonders wichtigen Fragen gegenüber den anderen Fragen doppelt so stark bewertet. Nicht alle möglichen Risiken können in der Bewertung berücksichtigt werden. Für den Versicherungsnehmer können bewertete Schwerpunkthinhalte mehr oder weniger wichtig sein. Die Detailauswertung kann in Form eines Gutachtens erworben werden. Bei der Bewertung werden zwischen 70 bis 120 Schwerpunktfragen je nach Zielgruppe berücksichtigt. Trotz intensiver Beurteilung der Vertragsbedingungen kann es zu Fehlern kommen. Bindend sind die jeweils bestehenden Versicherungsbedingungen und möglichen Sondervereinbarungen.

Der Tarif erfüllt die Fragen in der Gesamtheit zu:

76 %

Bewertung der Tarifschwerpunkte: Jeder Tarif hat seine besonderen Schwerpunkte und ist nicht überall gut. Aus diesem Grund werden die Fragen entsprechend den Tarifschwerpunkten zugeordnet und bewertet. So kann man erkennen wo der Tarif seine Stärken und Schwächen hat und ob eventuell durch andere Klauseln die Bedingungen aufgeweicht werden. Ein aufweichen der Bedingungen erkennt man besonders, wenn der einzelne Tarifschwerpunkt keine 100% erfüllt.

Assistance-Leistungen (Vermittlung-, Beratungs- und finanzielle Leistungen)	56 %
Ausschlüsse: Allgemein	100 %
Ausschlüsse: Krieg/Terror/Armee/Polizei	80 %
Definition: SGB (Allgemeine Anerkennungen)	100 %
Dynamik (Beitrags- und Summendynamik)	88 %
Dynamik (Leistungsdynamik)	100 %
Fristen	80 %
Geltungsbereich	98 %
Kündigungen	100 %
Leistungen: Ambulant	80 %
Leistungen: Stationär	96 %
Leistungen: Zusätzlich (Extra-/Sonderleistungen/Pflegeminderung)	70 %
Nachversicherungen: Erhöhungsoptionen (Anlässe)	36 %
Obliegenheiten/Mitwirkungspflichten	69 %
Optionen: Tarifwechselrechte (bei SGB-Änderung, RI und RA, etc.)	20 %
Prämien-/ Beitragszahlung: Allgemein (z.B. Anwartschaften, Stundungen, etc.)	67 %
Prämien-/ Beitragszahlung: Leistungsphase	20 %



Weitere Kurz-Informationen zum Tarif**Zusätzliche Begründungen bzw. Informationen für einen Vertragsabschluss:**

Der Tarif ist QUALITÄTSAWARD-Gewinner 2018 in den Kategorien: Kinder-Pflegevorsorge (Testsieger), Familien-Tarife mit Kinderwunsch (TOP-Tarif), Senioren-Tarife (Top-Tarif) und Pfl egetagegeld Gesamt (TOP-Tarif). Bei ambulanter und stationärer Pflege ab Pflegegrad 2 werden 100% der versicherten Leistung ausgezahlt. Zudem kann eine Einmalleistung von bis zu 15.000€ mitversichert werden.

Besonderheiten des Tarifes:**Definition:**

Die Einordnung der Pflegebedürftigkeit erfolgt nach den Regelungen des SGB XI (Stand 01.2017). Ein Leistungsbescheid der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung wird unabhängig vom im Tarif vorgesehenen Stand des SGB XI anerkannt. Eine Einordnung nach ADL-System wird nicht angeboten.

Leistungshöhen:

Der Tarif sieht für die (teil-)stationäre und ambulante Pflege ab Pflegegrad 2 die volle Leistung vor. In Pflegegrad 1 werden 20% der Leistung erbracht.

Einmalzahlungen und Zusatzleistungen:

Der Tarif sieht eine freiwählbare Einmalleistung ab Pflegegrad 2 von bis zu 15.000€ vor. Eine Todesfallleistung wird nicht angeboten.

Assistance-Leistungen (z.B. Vermittlung eines Pflegeheimplatzes):

Es werden diverse Assistance-Leistungen angeboten unter anderem eine Pflegeheimplatz- bzw. Pflegedienstvermittlung innerhalb von 24 Stunden.

Ausschlüsse & Einschränkungen der Leistung:

Auch wenn die Pflegebedürftigkeit auf Vorsatz oder einer Suchterkrankung beruht, wird die versicherte Leistung erbracht. Es bestehen jedoch andere Ausschlüsse.

Weltweiter Versicherungsschutz:

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Voraussetzung für den Vertragsabschluss:

Es ist keine Voraussetzung, dass die versicherte Person bei Vertragsschluss in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein muss. Nach Vertragsabschluss bleibt der Versicherungsschutz auch ohne Pflichtversicherung bestehen.

Kinder- und allgemeine Nachversicherungsoptionen:

Eine Kindernachversicherung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben. Bei 8 unterschiedlichen Ereignissen besteht die Möglichkeit die versicherte Leistung zu erhöhen.

Dynamische Erhöhung:

- Vor dem Pflegefall:
Die versicherte Leistung erhöht sich alle 3 Jahre um 10%. Dieser Dynamik kann zweimal widersprochen werden.
- Während des Pflegefalls:
Eine Trennung von einer Dynamik vor und nach dem Leistungsfall ist nicht vorgesehen. Auch im Leistungsfall erhöht sich die versicherte Leistung alle 3 Jahre um 10%.

Beitragsbefreiungen und -stundung:

- Vor dem Pflegefall:
Ein Ruhen der Versicherung kann im Fall von Arbeitslosigkeit für 12 Monate während der Elternzeit für bis zu 36 Monate beantragt werden.
- Während des Pflegefalls:
Eine Beitragsbefreiung bei Leistungsbezug wird erst ab dem Pflegegrad 5 angeboten. Liegt dieser nichtmehr vor, müssen die Beiträge wieder gezahlt werden.

Obliegenheiten:

Eine Anzeigefrist des Beginns der Pflegebedürftigkeit besteht nicht. Eine Minderung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind unverzüglich anzuzeigen. Eine Meldepflicht jeglicher Krankenhaus-, Kur- und Senatoriumsaufenthalte besteht nicht. Der Abschluss einer weiteren Pflegezusatzversicherung darf auch ohne Einverständnis des Versicherers vorgenommen werden. Die versicherte Person ist verpflichtet sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Im Tarif ist keine Regelung enthalten, dass ärztliche Anordnungen befolgt werden müssen, es fehlt also an einer Konkretisierung, was zu Rechtsstreitigkeiten führen könnte.

Wartezeiten:

Eine Wartezeit besteht nicht.