

ERFASSUNGSBOGEN

Pflegezusatzversicherung

Nachname Vorname Geburtsdatum

Allgemein

Soll der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) festgestellt wird leisten? ☐ ja ☐ nein

Nach SGB gibt es 3 Einstufungen der Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige).

Soll der Versicherer, wenn die Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegestufe gemäß eines ADL-Katalogs festgestellt wird leisten? ☐ ja ☐ nein

Nach ADL-Katalog gibt es 3 Einstufungen der Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

Soll der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeit verzichten? ☐ ja ☐ nein

Die Wartezeit kann bis zu 3 Jahre betragen, in dieser Zeit werden keine Leistungen erbracht. In der Regel sind Wartezeiten für jüngere Personen kein Problem (Ausnahme Unfall).

Soll der Versicherer auf Karenzzeiten in der Pflegezusatzversicherung verzichten? ☐ ja ☐ nein

Die Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) kann bis zu 91 Tagen betragen, in dieser Zeit wird keine Leistung erbracht, obwohl der Leistungsfall bereits eingetreten ist.

Soll der Versicherer ein Pflegetagegeld bei Demenz zahlen, auch wenn sonst keine Pflegebedürftigkeit vorliegt? ☐ ja ☐ nein

In der Regel leisten Tarife erst ab Pflegestufe I, analog der Pflegepflichtversicherung.

Soll ein Leistungsanspruch bei Laienpflege bestehen? ☐ ja ☐ nein

Bei der Pflege durch Angehörige kürzen einige Tarife die versicherte Leistung.

Soll die Versicherung bei Eintritt einer Pflegestufe beitragsfrei gestellt werden? ☐ ja ☐ nein

Tarife, die im Pflegefall beitragsfrei weitergeführt werden, sind in der Regel teurer, da der Versicherer das Risiko der Beiträge trägt. Alternativ kann das versicherte Pflegetagegeld etwas höher gewählt werden, um die anfallenden Beiträge zu bezahlen.

Soll eine Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit erfolgen? ☐ ja ☐ nein

Manche Tarife beinhalten neben der Hauptleistung des Tarifs auch eine Sonderzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegestufe.

Soll der Versicherer eine Dynamisierung des versicherten Pflegetagegeldes ohne weitere Gesundheitsprüfung vor Eintritt des Leistungsfalls anbieten? ☐ ja ☐ nein

Durch die Dynamik wird der Tarif in bestimmten Zeitabständen in der Höhe angepasst, damit können Kostensteigerungen oder die Inflation ausgeglichen werden.

Soll der Versicherer eine Dynamisierung des versicherten Pflegetagegeldes ohne weitere Gesundheitsprüfung nach Eintritt des Leistungsfalls anbieten? ☐ ja ☐ nein

Durch Erhöhung oder Erweiterung des Versicherungsschutzes auch nach dem Eintritt des Versicherungsfalls wird einer schleichenden Entwertung des Versicherungsschutzes durch Kostensteigerungen vorgebeugt.

Soll der Versicherer sein ordentliches Kündigungsrecht begrenzen? ☐ ja ☐ nein

Der Versicherer kann das Vertragsverhältnis innerhalb der ersten 3 Jahre kündigen. Das kann bei schon eingetretener Pflegebedürftigkeit zu großen Problemen führen (kein Versicherungsschutz und kaum eine Möglichkeit sich erneut zu versichern).

Pflegekosten

Sollen pflegespezifische Hilfsmittel bei ambulanter bzw. teilstationärer Pflege erstattet werden? ☐ ja ☐ nein

Hierzu zählen bspw. Trage-, Hebe- und Liftgeräte sowie Sonderausstattungen im Sanitärbereich und bei Betten in der Wohnung des Pflegebedürftigen.

Sollen durch den Pflegekostentarif Transportkosten erstattet werden? ☐ ja ☐ nein

Hierzu zählen z.B. die Transportkosten bei teilstationärer Pflege zur Tages- und Nachtpflege. Ein Teil der Kosten wird durch die Pflegepflichtversicherung erstattet.

Soll der Tarif auch eine Kostenerstattung für Unterkunft und/oder Verpflegung vorsehen? ☐ ja ☐ nein

In der Pflegepflichtversicherung werden Unterkunfts- und Verpflegungskosten nur zum Teil erstattet.

Pflegetagegeld

Soll der Versicherer ein Pflegetagegeld bei Vorliegen der Pflegestufe I zahlen? ☐ ja ☐ nein

Pflegestufe I bedeutet erhebliche Pflegebedürftigkeit. Hierzu zählen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Die Hilfe muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten in Anspruch nehmen, davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

Soll der Versicherer ein Pflegetagegeld bei Vorliegen der Pflegestufe II zahlen? ☐ ja ☐ nein

Pflegestufe II bedeutet schwere Pflegebedürftigkeit. Hierzu zählen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrmals in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Die Hilfe muss im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden in Anspruch nehmen, davon müssen mindestens 2 Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Soll der Versicherer ein Pflegetagegeld bei Vorliegen der Pflegestufe III zahlen?

☐ ja ☐ nein

Pflegestufe III bedeutet schwerste Pflegebedürftigkeit. Hierzu zählen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrmals in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Die Hilfe muss im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden in Anspruch nehmen, davon müssen mindestens 4 Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Soll die Versicherung fortgeführt werden können, wenn die Mitgliedschaft in der SPV/PPV endet?

☐ ja ☐ nein

Einige Versicherer machen das Weiterbestehen der Pflegetagegeldversicherung vom Bestehen der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung abhängig. Mit Beendigung dieser endet auch die Pflegezusatzversicherung. Dieser Fall könnte z.B. bei Wegzug ins Ausland eintreten.

Soll der Versicherer bei einem verspätet gemeldeten Versicherungsfall rückwirkend leisten?

☐ ja ☐ nein

Die Meldung des Versicherungsfalls sollte umgehend erfolgen, da bei verspäteter Meldung unter Umständen ein Leistungsanspruch erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung entstehen kann. Einige Versicherer erbringen eine Rückwirkende Leistung zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Soll der Versicherer eine Zusage seiner Leistungspflicht bei Vorlage aller erforderlichen Unterlagen innerhalb eines festgelegten Zeitraums vorsehen?

☐ ja ☐ nein

Sofern alle für die Leistungszusage erforderlichen Unterlagen dem Versicherer vorliegen, spricht es für die Kundentreue, wenn eine Entscheidung binnen des garantierten Zeitraums erfolgt.

Soll der Versicherer die Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers auf zumutbare ärztliche Anweisungen beschränken?

☐ ja ☐ nein

Nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist der Versicherungsnehmer zur Minderung des Schadens verpflichtet und soweit für ihn zumutbar, Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Minderung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung führen. Bei dieser Frage geht es um die Zumutbarkeit von ärztlichen Anordnungen, d.h. was der Versicherte selbst tun muss, um die Gesundheit zu verbessern oder den Grad der Pflegebedürftigkeit zu mindern.

Soll der Versicherer leisten, wenn sich die versicherte Person während der Vertragsdauer vorübergehend im Ausland aufhält?

☐ ja ☐ nein

Ein vorübergehender Auslandsaufenthalt sollte weltweit ohne Leistungseinschränkungen möglich sein. Viele Versicherer schränken den Versicherungsschutz z.B. zeitlich auf 6 Wochen oder geographisch auf die BRD oder die EU bzw. den EWR ein.

Soll der Versicherungsschutz weiter bestehen, wenn die versicherte Person während der Vertragsdauer ins Ausland verzieht?

☐ ja ☐ nein

Ein dauerhafter Wegzug aus Deutschland sollte in der Pflegetagegeldversicherung ohne Einschränkung möglich sein ohne dass der Vertrag beendet wird bzw. der Versicherungsschutz erlischt. Manche Versicherer lassen den Vertrag zwar bestehen, versagen aber den Versicherungsschutz, deshalb zielt die Frage ausschließlich auf den Versicherungsschutz ab.

Soll der Versicherer bei Verzug der versicherten Person ins Ausland auf Untersuchungen im Inland verzichten?

☐ ja ☐ nein

Ein dauerhafter Wegzug aus Deutschland sollte in der Pflegetagegeldversicherung ohne Einschränkung möglich sein ohne dass der Vertrag beendet wird bzw. der Versicherungsschutz erlischt. Manche Versicherer können bei Verzug ins Ausland Untersuchungen im Inland verlangen.

Soll der Versicherer leisten, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht?

☐ ja ☐ nein

In den Musterbedingungen ist eine Leistung in Folge einer Suchterkrankung ausgeschlossen. Einige Versicherer verzichten auf diesen Leistungsausschluss.

Soll der Versicherer auf sein Recht auf Kündigung oder Vertragsanpassung nach §19 VVG verzichten, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten hat?

☐ ja ☐ nein

Einige Versicherer verzichten über die gesetzlichen Regelungen hinaus auf ihr Recht auf Kündigung und Vertragsanpassung, wenn der Versicherungsnehmer die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt hat.

Soll der Versicherer während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus leisten?

☐ ja ☐ nein

In den Musterbedingungen ist eine Leistung während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus ausgeschlossen. Einige Versicherer verzichten auf diesen Leistungsausschluss.

Soll der Versicherer während stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen leisten?

☐ ja ☐ nein

In den Musterbedingungen ist eine Leistung während stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen ausgeschlossen. Einige Versicherer verzichten auf diesen Leistungsausschluss.

Soll der Versicherer Nachversicherungsgarantien in Form einer Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes bei Tod und Pflegebedürftigkeit des Partners anbieten?

☐ ja ☐ nein

Nachversicherungsgarantien bieten eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung, bei bestimmten besonderen Ereignissen. In diesem Kriterium werden die Möglichkeiten der Erhöhung der Versicherungsleistung bei Tod und Pflegebedürftigkeit des Partners betrachtet.

Soll der Versicherer Nachversicherungsgarantien in Form einer Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes bei Heirat und Geburt/Adoption anbieten?

☐ ja ☐ nein

Nachversicherungsgarantien bieten eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung, bei bestimmten besonderen Ereignissen. In diesem Kriterium werden die Möglichkeiten der Erhöhung der Versicherungsleistung bei familiären Veränderungen betrachtet.

Soll der Versicherer Nachversicherungsgarantien in Form einer Erhöhung des versicherten Pflegetagegeldes bei weiteren Ereignissen anbieten?

☐ ja ☐ nein

Nachversicherungsgarantien bieten eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung, bei bestimmten besonderen Ereignissen. In diesem Kriterium werden die Möglichkeiten der Erhöhung der Versicherungsleistung bei z.B. Volljährigkeit, Immobilienerwerb, erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze oder der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit betrachtet.

Soll der Versicherer im Leistungsfall Assistenzleistungen mit einem definierten Leistungskatalog anbieten?

☐ ja ☐ nein

Assistenzleistungen sind die Vermittlung und/oder Kostenübernahme von Dienstleistungen. Dies können u.a. sein: Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegedienstleistern, Schulungen von Familienangehörigen, Service-Hotlines, Installationen von Hausnotrufsystemen etc.

Soll der Versicherer eine Anpassungsoption bei Änderung der Definition der gesetzlichen Pflegeversicherung bieten?

☐ ja ☐ nein

Die Pflegeversorgung unterliegt ständigen Anpassungen und Modifikationen seitens des Gesetzgebers. Bei einer Änderung der Definition bzw. Einstufung und somit einer möglichen Reduzierung der gesetzlichen Absicherung, können erhebliche finanzielle Versorgungslücken entstehen. Für einen solchen Fall ist eine Nachversicherungsoption für den Versicherungsnehmer von Vorteil.