

Annahmerichtlinien für die Selbstständige Pflegeversicherung

für den Tarif SPV:

Eintrittsalter	mind. max.	18 Jahre 75 Jahre	
Versicherungsdauer			lebenslang
Leistungsdauer			bei Eintritt des Leistungsfalls, solange bedingungsgemäße Pflegebedürftigkeit besteht, maximal lebenslang
Beitragszahlung			lebenslang, mindestens 5 Jahre für laufenden Beitrag oder bei abgekürzter Beitragszahlung (max. bis 85. Lebensjahr) Einmalbeitrag möglich
Einzahlung zu Beginn, Zuzahlung			möglich, mindestens 2.000 EUR
Beitrag	mind.	10,- EUR	monatlich (laufender Beitrag)
Pflegerente	mind. max.	100,- EUR 3.500,- EUR	monatlich monatlich
Karenzzeit			3 bis 6 Monate wählbar (gilt nicht für die Beitragsbefreiung). Kombination mit Einmalleistung nicht möglich.
Einmalleistung			bei Eintritt der bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit wird eine Einmalleistung in Höhe von 1 - 6 Monatsrenten gezahlt. Kombination mit Karenzzeit nicht möglich.
Todesfalleistung			in Höhe von 3 Monatsrenten bei Einmalbeiträgen anfänglich in Höhe des Einmalbeitrages, dann linear fallend bis zum 85. Lebensjahr auch im Rentenbezug in Höhe von 3 Monatsrenten möglich
Planmäßige Erhöhung			Nur bis Alter 67 möglich. I-Dynamik während der Beitragszahlungsdauer Die Höhe der planmäßigen Erhöhung entspricht der Erhöhung des Verbraucherpreisindex für die Lebenshaltung in der Bundesrepublik Deutschland, mindestens aber 3 % jährlich.
Wiedereingliederungshilfe			bei Fortfall der Leistungsvoraussetzungen werden drei Monatsrenten, max. 3.000,- EUR, als Wiedereingliederungshilfe gezahlt. Diese Leistung wird während der Vertragslaufzeit nur einmal erbracht.

Es werden vier verschiedene Produktausprägungen angeboten:

Pflegevorsorge Basis/Leistungsstaffel 1:

100 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 6 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
Beitragsbefreiung,	wenn 3 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind oder bedingungsgemäße Demenz besteht

Pflegevorsorge Komfort/Leistungsstaffel 2:

100 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 6 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
50 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 4 oder 5 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind oder bedingungsgemäße Demenz besteht
Beitragsbefreiung,	wenn 3 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind oder bedingungsgemäße Demenz besteht

Pflegevorsorge Exklusiv/Leistungsstaffel 3:

100 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 6 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind oder bedingungsgemäße Demenz besteht
75 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 4 oder 5 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
50 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 3 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
Beitragsbefreiung,	wenn 3 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind oder bedingungsgemäße Demenz besteht

Pflegevorsorge Flexibel / Leistungsstaffel 4:

100 % der versicherten Pflegerente werden gezahlt,	wenn 6 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
Ein frei wählbarer Prozentsatz der versicherten Pflegerente wird gezahlt,	wenn 4 oder 5 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
Ein frei wählbarer Prozentsatz der versicherten Pflegerente wird gezahlt,	wenn 3 von 6 Pflegepunkten erfüllt sind
	Die Höhe der Pflegerente bei Demenz kann in gleicher Höhe wie bei 4 oder 5 Pflegepunkten, alternativ wie bei 6 Pflegepunkten gewählt werden.

Auswahl nicht-versicherbarer Berufe:

Artisten, Stuntmen und Dompteure, Berufstaucher (auch bei Polizei, Feuerwehr, Bundeswehr), Berufssportler (Boxer, Catcher, Automotor-, Motorrad- und Motorbootsportler), Angehörige von Sondereinsatzverbänden der Polizei und der Bundespolizei oder der Bundeswehr (auch Gebirgs- und Fallschirmjäger, Kampfschwimmer) oder Sondereinheiten (z. B. KRK, KSK, etc.), Personenschützer, Sprengstoffexperten, Feuerwerker, Kampfmittel- und Minenräumer, Testpiloten, Callgirls, Callboys.

Summengrenzen für ärztliche Untersuchungen

Erforderliche Untersuchungen für die unterschiedlichen Risikostufen:

Art und Umfang der einzureichenden ärztlichen Unterlagen sind abhängig vom beantragten oder angefragten Versicherungsschutz.

- Risikostufe 1: Befundbericht ohne Untersuchung des Hausarztes oder des Arztes, der über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person am besten unterrichtet ist. Dieser Befundbericht wird **von uns** direkt bei dem im Antragsformular benannten Hausarzt angefordert. Sofern **kein** Hausarzt im Antragsformular benannt ist, benötigen wir zur Risikoeinschätzung die Beantwortung beider Teile des Ärztlichen Zeugnisses durch einen Internisten.
- Risikostufe 2: Unterlagen der Risikostufe 1 und zusätzlich
- Teil II des Ärztlichen Zeugnisses,
 - Vollständiges Blutbild (Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Nüchternblutzucker, Kreatinin oder Rest-stickstoff, Gesamtcholesterin (mit Angabe der LDL- und HDL-Werte), Triglyzeride, Transaminasen (Gamma-GT, SGOT und SGPT), Harnsäure),
 - HIV-Test
- Risikostufe 3: Unterlagen der Risikostufe 1 und 2 und zusätzlich
- Ruhe- und Belastungs-EKG (Ergometrie)
 - Mini-Mental Status Test

Die Anforderung weitergehender Untersuchungen behalten wir uns für alle Risikostufen vor.

Basis der Risikoprüfung:

Die notwendigen Untersuchungen ergeben sich auf Basis der Pflegerentenabsicherungen.

Für den Pflegerentenversicherungsschutz sind alle bei unserem Unternehmen bestehenden Verträge, unabhängig vom Zeitpunkt ihres Abschlusses, zu berücksichtigen.

Berücksichtigt wird hierbei die größtmögliche Pflege-Monatsrente während der Vertragslaufzeit (inkl. Pflegebonusrente).

Die Notwendigkeit der Untersuchungen ergibt sich grundsätzlich aus dem Überschreiten einer Untersuchungsgrenze. Bei nachträglichen Erhöhungen innerhalb der Risikostufen Pflege 1 und Pflege 2 werden daher keine erneuten Untersuchungen fällig. Hingegen behalten wir uns bei Erhöhungen in der Risikostufe Pflege 3 die Anforderung erneuter ärztlicher Untersuchungen vor.

Untersuchungsgrenzen:

Pflegerentenschutz Monatsrente jeweils:			
Bis 2.000 EUR	Zwischen 2.001 – 2.500 EUR	Zwischen 2.501 – 3.000 EUR	Ab 3.001 EUR
	Risikostufe 1	Risikostufe 2	Risikostufe 3
Antragsangaben	Antragsangaben	Antragsangaben	Antragsangaben
	Für zu Versichernde ab dem 35. Lebensjahr: + Befundbericht ohne Untersuchung des Hausarztes*	+ Befundbericht ohne Untersuchung des Hausarztes*	+ Befundbericht ohne Untersuchung des Hausarztes*
		+ Teil II. des Ärztlichen Zeugnisses + aktueller HIV-Test + aktuelles Labor	+ Teil II. des Ärztlichen Zeugnisses + aktueller HIV-Test + aktuelles Labor
			+ aktuelles Ruhe/Belastungs-EKG + Mini-Mental Status Test

* Benennt die zu versichernde Person im Antragsformular keinen Hausarzt, so sind beide Teile des Ärztlichen Zeugnisses einzureichen.

Veranlassen der Untersuchungen:

Der Befundbericht (Druckstück A 39) wird **von uns** direkt bei dem im Antragsformular benannten Hausarzt angefordert. Die anderen notwendigen Untersuchungen sind unter Verwendung der Druckstücke A 41 (Beiblatt bei ärztlichen Untersuchungen) und A 40 I und A 40 II (Ärztliches Zeugnis) zu veranlassen. Die Kosten für diese Untersuchungen tragen wir.

Der Befundbericht ohne Untersuchung und Teil II des Ärztlichen Zeugnisses sind grundsätzlich von dem im Antragsformular benannten Hausarzt zu erstellen. Wenn kein Hausarzt vorhanden ist, können die erforderlichen Untersuchungen sowie die Erstellung des Zeugnisses auch von einem Internisten durchgeführt werden.

Wurden in den letzten 12 Monaten bereits ärztliche Untersuchungen der erforderlichen Risikostufe vorgenommen, kann gegen Vorlage der erstellten Befundberichte und einer Erklärung der zu versichernden Person, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Untersuchung nicht nachteilig geändert hat, auf eine Wiederholung der Untersuchungen verzichtet werden. Ein HIV-Antikörper-Test ist aber bereits nach 6 Monaten neu einzureichen.

In Einzelfällen behalten wir uns unabhängig von den Untersuchungsgrenzen die Anforderung von Befundberichten, ärztlichen Unterlagen oder aktuellen Untersuchungen vor.