

Einleitende Hinweise für Vermittler

Unsere Risikoanalysebögen dienen der systematischen Erhebung der Risikoverhältnisse. Dabei sind die Risikoanalysen eine erste Hilfestellung für den Vermittler, ersetzen aber nicht seine Entscheidung über die im Einzelfall notwendige individuelle, also kundenspezifische, Analyse und Bewertung des Risikos (siehe auch unten "Haftung"). Dem Vermittler wird nicht vorgegeben, wie er seine Beratung durchzuführen hat.

Erheben Sie zunächst die Kundenbasisdaten

Der jeweilige Risikoanalysebogen setzt im Regelfall voraus, dass die Kundenbasisdaten (siehe separater Fragebogen auf der Webseite des Arbeitskreises) bereits erhoben worden sind. Die dort gewonnenen Informationen werden in den Risikoanalysebögen meist nicht nochmals abgefragt. Daher kann die alleinige Verwendung dieses Risikoanalysebogens zu einer unvollständigen Risikoanalyse führen.

Datenschutzerklärung

Da im Regelfall Dritte wie Pools oder (technische) Dienstleister in den Datenaustausch einbezogen werden, ist es besonders wichtig, die datenschutzrechtlichen Regelungen zu beachten. Der Arbeitskreis hat eine Datenschutzerklärung vorbereitet. Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Webseite des Arbeitskreises (Seite Datenschutzerklärung).

Die Handhabung

Werden Formulare des Arbeitskreises ohne Änderungen eingesetzt, können sie mit dem Logo des Vermittlers und/oder dem des Arbeitskreises versehen werden. Das Logo des Arbeitskreises – und die Fußzeile – müssen entfernt werden, wenn Sie inhaltliche Änderungen vornehmen. Beachten Sie in dem Zusammenhang bitte auch auf der Webseite des Arbeitskreises die Seite Nutzungsgrundlagen.

Ist eine Unterschrift erforderlich?

Eine Unterschrift des Kunden/Beratenen unter der Risikoanalyse ist vom Gesetzgeber nicht gefordert. Aus Gründen der Beweisführung empfehlen wir dies jedoch.

Haftung

Der Arbeitskreis Beratungsprozesse übernimmt keine Haftung für Inhalt, Vollständigkeit oder auch die Wirkung der zur Verfügung gestellten Materialien.

Mindeststandards

Bitte beachten Sie, dass Mindeststandards beim Deckungsumfang als gegeben vorausgesetzt sind, die daher in der Regel nicht mehr erfragt werden müssen. Die Sublimits/Entschädigungsgrenzen sind ein Vorschlag des Arbeitskreises und können im Individualfall nicht ausreichend sein. Außerdem: **Sofern ein von Ihnen angebotenes Versicherungsprodukt diesen unterstellten Deckungsumfang unterschreitet, müssen Sie dies gesondert berücksichtigen.**

Mindeststandards in der Pfl egetagegeld /- und kostenversicherung

- Die vom Versicherer verwendeten allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen in keinem einzigen Punkt Regelungen enthalten, die aus Verbrauchersicht ungünstiger sind als die vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) veröffentlichten Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009). Sofern derzeit noch Abweichungen vorhanden sind, garantiert der Versicherer, dass Schäden mindestens nach den vom PKV-Verband veröffentlichten Bedingungen reguliert werden. Im Falle von Abweichungen wird der Versicherer seine Vertragsbedingungen innerhalb eines Jahres mindestens auf den Deckungsumfang des Verbandsmodells umstellen. Abweichungen, die den Versicherungsumfang unberührt lassen, sind zulässig.
- Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren.
- Keine Leistungsbeschränkungen auf Unfälle oder bestimmte Erkrankungen / keine Ausschnittsdeckung.
- Der Versicherungsschutz kann **vor Eintritt des Leistungsfalles** ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten mindestens **bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres** angepasst werden.¹
- Der Versicherungsschutz wird vom Versicherer **nach Eintritt des Leistungsfalles** mindestens **bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres** angepasst.
- Bei Unfällen entfallen Wartezeiten / Karenzzeiten.
- Kein Ausschluss für Suchterkrankungen.
- Gleiche Leistung bei Pflege durch Angehörige bei der Pfl egetagegeldversicherung.
- Kein Ausschluss bei einem Krankenhaus- / Kur- / Sanatoriumsaufenthalt bzw. Rehabilitationsmaßnahme binnen der ersten 4 Wochen.
- Einstufung des medizinischen Dienstes ist für das Versicherungsunternehmen bindend.

¹ Eine durchgängige Dynamik ist nicht empfehlenswert. Kalkulationen der Versicherer zeigen, dass für einen 85-jährigen 10 € Tagegeld in Pflegestufe 3 (in Stufen 1+2 ggf. entsprechend abgestuft) rund 200 € Monatsbeitrag kosten würde. Es empfiehlt sich daher gleich am Beginn eine hohe Absicherung vorzunehmen.

Risikoanalyse für die private Pflegezusatzversicherung

Kunde/Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine private Pflegezusatzversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

Seit wann ? _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Falls nein: Bestand früher eine private Pflegezusatzversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Pflegetagegeld / Pflegekostenversicherung

Gewünschte Versicherungsart

Pflegetageldversicherung² Pflegekostenversicherung

Gewünschtes Versorgungsniveau in der Pflegetageldversicherung

Pflegestufe 1 ambulant _____ €

Pflegestufe 1 stationär _____ €

Pflegestufe 2 ambulant _____ €

Pflegestufe 2 stationär _____ €

Pflegestufe 3 ambulant _____ €

Pflegestufe 3 stationär _____ €

² Vom Arbeitskreis empfohlene Variante, da Pflegegeld zur freien Verfügung steht und bei Laienpflege (z.B. Familienangehörige) geleistet wird.

Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

- Wünschen Sie, dass die staatlich geförderten Pflege-Bahr-Tarife in der Analyse mit berücksichtigt werden? ja nein
- Wünschen Sie eine Dynamisierung der Leistungen vor Eintritt des Versicherungsfalles über das 65. Lebensjahr hinaus?³ ja nein
- Wünschen Sie eine Dynamisierung der Leistungen **nach Eintritt des Versicherungsfalles über das 65. Lebensjahr** hinaus? ja nein
- Wünschen Sie einen Verzicht auf Wartezeiten? ja nein
- Wünschen Sie einen Verzicht auf Karenzenzeiten? ja nein
- Wünschen Sie Leistungen bei Demenz bzw. in Pflegestufe 0? ja nein
- Wünschen Sie den Einschluss eines Nachversicherungsrechtes? ja nein
- Wünschen Sie europaweiten Versicherungsschutz? ja nein
- Wünschen Sie darüber hinausgehenden weltweiten Versicherungsschutz? ja nein
- Wünschen Sie Versicherungsschutz auch bei Wohnsitzverlegung ins Ausland? ja nein
- Wünschen Sie zusätzliche Einmalleistungen?⁴ ja nein
- Wünschen Sie bei einem Krankenhaus- / Kur- / Sanatoriumsaufenthalt bzw. einer Rehabilitationsmaßnahme Versicherungsschutz über die 4. Woche hinaus? ja nein
- Wünschen Sie eine Beitragsbefreiung im Pflegefall?⁵ ja nein

Gesprächspartner und
weitere Anwesende _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler _____

³ Auf unterschiedliche Prozentsätze, Endalterbegrenzungen und Anpassungszeiträume ist bei dynamischen Anpassungen zu achten. Eine durchgängige Dynamik bis zum Eintritt des Pflegefalles ist nicht empfehlenswert. Kalkulationen der Versicherer zeigen, dass für einen 85-jährigen 10 € Tagegeld in Pflegestufe 3 (in Stufen 1+2 ggf. entsprechend abgestuft) rund 200 € Monatsbeitrag kosten würde. Es empfiehlt sich daher gleich am Beginn eine hohe Absicherung vorzunehmen

⁴ Auf unterschiedliche Höhen der Einmalzahlungen und ab welcher Stufe eine Leistung erfolgt ist zu achten.

⁵ Auf unterschiedliche Regelung, insbesondere ab welcher Pflegestufe eine Beitragsbefreiung erfolgt, ist zu achten.