

## AUSLESEPHILOSOPHIE PFLEGEVERSICHERUNGEN

Bei der Tarifikalkulation wird von einem durchschnittlichen Pflegefallrisiko ausgegangen. Da im Einzelfall jedoch ein erhöhtes Pflegefallrisiko vorliegen kann, ist es nötig, dieses vor einem Vertragsabschluss zu erkennen und zu berücksichtigen.

Ausgehend von dem individuell erhöhten Pflegefallrisiko wird die jeweils Versicherte Person einem Kollektiv zugeordnet, das sich aus Personen des gleichartigen Pflegefallrisikos zusammensetzt. Innerhalb dieses Kollektivs ergeben sich statistisch frühere Leistungseintrittswahrscheinlichkeiten, die wiederum auf die einzelne Person übertragen werden. Die Risikoeinschätzung dient also der Beurteilung der konkreten Gegebenheiten unter Berücksichtigung einer statistischen Leistungseintrittswahrscheinlichkeit.

Die Annahmepolitik der IDEAL kennt keine Zuschläge, Wartezeiten oder Risikoausschlüsse. Das heißt, die IDEAL versichert ausschließlich im vollen Umfang – also ohne jedwede Einschränkung und zuschlagsfrei – zu tariflich festgelegten Normalbeiträgen.

Die Tarifierung unserer Pflegeversicherungen nach Art der Lebensversicherung ermöglicht es uns, eine weitaus größere Anzahl von Personen zu Normalbeiträgen anzunehmen, als es etwa bei den Pflegezusatztarifen der privaten Krankenversicherer der Fall ist. Die Ablehnungen aus gesundheitlichen Gründen sind seit Jahren überdurchschnittlich gering.

Die IDEAL bietet Ihnen die Möglichkeit, vorab telefonisch die Versicherbarkeit Ihrer Kunden prüfen zu lassen. Ist einmal eine telefonische Vorabprüfung nicht möglich, weil unsere Risikoprüfer auf weitere Angaben angewiesen sind, geben wir Ihnen gern Hinweise, welche Unterlagen wir ggf. zusätzlich benötigen.

**Die IDEAL Risikoprüfungshotline erreichen Sie  
montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr  
Telefon: 030/ 25 87 100**

**Chief Underwriter**  
Herr Carsten Sellmer  
Telefon: 030/ 25 87 -405  
E-Mail: [sellmer@ideal-versicherung.de](mailto:sellmer@ideal-versicherung.de)

Liegen Ihnen bereits umfangreiche medizinische Unterlagen vor, bieten wir Ihnen ergänzend unseren E-Mail- oder Telefax-Service. Wir garantieren Ihnen eine Beantwortung Ihrer Voranfrage innerhalb eines Arbeitstages.

**E-Mail: [risikohotline@ideal-versicherung.de](mailto:risikohotline@ideal-versicherung.de)  
Telefax: 030/ 25 87 -8 492**

Wir freuen uns auf Ihren Anruf oder Ihre Nachricht.

### ■ Grad der Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit/Pflegegrade

Grundsätzlich nicht versicherbar sind Personen, die bereits einem Pflegegrad zugeordnet sind sowie Personen, die bereits einen Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt haben.

Für den Grad der Behinderung (GdB) und die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) gelten keine festen Grenzen hinsichtlich der Versicherbarkeit. Maßgeblich für die Risikoprüfung sind die Krankheiten und Funktionsstörungen die zum Grad der Behinderung (GdB) oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) geführt haben.

## AUSLESEPHILOSOPHIE PFLEGEVERSICHERUNGEN

Ein GdB oder eine MdE wird in der Regel nur dann anerkannt, wenn dauerhaft bleibende Funktionsbeeinträchtigungen bestehen. Ein Grad der Behinderung (GdB) sowie das Vorliegen von zusätzlichen Merkzeichen (G, aG, B, Bl oder H) erfordern immer nähere Angaben.

Ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 verfügt Ihr Kunde über einen Schwerbehindertenausweis.

**Wichtig:** Durch das Beifügen einer Kopie des GdB-Bescheids (bitte beachten Sie hierbei, dass der Schwerbehindertenausweis alleine nicht ausreicht) können Sie eventuelle Rückfragen vermeiden und damit zu einer schnelleren Einschätzung beitragen. Der GdB-Bescheid enthält die Gründe, die zum Grad der Behinderung geführt haben. Bitte machen Sie immer Angaben zu den dort aufgeführten Krankheiten oder Funktionsbeeinträchtigungen.

### ■ Angaben zu Krankheiten oder Gesundheitsstörungen

Unser Ziel ist es, schnell über die Annahme eines Antrags auf Basis der Antragsangaben zu entscheiden. Dies bedarf Ihrer Mithilfe.

Bitte geben Sie die ärztliche Bezeichnung der Krankheit oder Gesundheitsstörung mit den jeweiligen Behandlungszeiträumen, dem erstmaligen Auftreten bzw. der Häufigkeit der Behandlungen an. Vermeiden Sie Oberbegriffe, wie z. B. Herzrhythmusstörungen, da sich hier sowohl unbedeutende als auch schwerwiegende Krankheiten verbergen können. Gegebenenfalls verwenden Sie hierzu ein separates Blatt oder unsere Zusatzklärungen.

Für weitere Angaben zur Gesundheitsstörung haben wir krankheitsspezifische Zusatzfragebögen entwickelt, die Sie gleich bei Antragsaufnahme ergänzend ausfüllen können. Die Zusatzklärungen finden Sie auch in der Infothek unserer Vertriebspartnerplattform IPOS.

---

Zusatzklärung 01 – Tumorerkrankungen, Geschwülste, Knoten und Zysten

---

Zusatzklärung 02 – Haut- und Atemwegserkrankungen

---

Zusatzklärung 03 – Schlaganfall, Herzerkrankungen, Schwindel und Venenerkrankungen

---

Zusatzklärung 04 – Bluthochdruck

---

Zusatzklärung 05 – Leber-, Galle-, Magen-, Darm- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen

---

Zusatzklärung 06 – Osteoporose

---

Zusatzklärung 07 – Psychische und neurologische Erkrankungen

---

Zusatzklärung 08 – Epilepsie

---

Zusatzklärung 09 – Nieren-, Harnwegs- und Unterleibserkrankungen

---

Zusatzklärung 10 – Schilddrüsenerkrankungen

---

Zusatzklärung 11 – Wirbelsäule, Gelenke (Arthrose, Rheuma) und Gicht

---

Zusatzklärung 12 – Zuckerkrankheit/Diabetes

---

Zusatzklärung 13 – Körperliche, psychische, geistige Beeinträchtigungen

---

Zusatzklärung 14 – Weitere Pflegeabsicherungen

---

Zusatzklärung 15 – Grad der Behinderung

---

Zusatzklärung 16 – Augenerkrankungen

---

Zusatzklärung 17 – Ohrenerkrankungen

---

**Bitte nutzen Sie die Risikohotline, um die erforderlichen Angaben im Einzelfall zu erfragen.**

## AUSLESEPHILOSOPHIE PFLEGEVERSICHERUNGEN

### ■ **Medikamente**

Die Medikamente können Auskunft über das Ausmaß und die Art der Krankheit geben und sind eine wichtige Grundlage für die Risikobeurteilung. Bitte geben Sie immer die Dosierung, den Behandlungszeitraum und den vollständigen Namen des Medikaments an. Die Anzahl der verordneten Medikamente ist kein Indikator für die Versicherbarkeit.

Die Einsatzbereiche von Medikamenten sind häufig erst aus den Zusatzbezeichnungen abzuleiten. So wird Aspirin<sup>®</sup>plus C z. B. bei Kopfschmerzen eingesetzt, Aspirin<sup>®</sup> N 100 u. a. zur Reinfarktprophylaxe (Vorbeugung eines erneuten Verschlusses eines das Herz versorgenden Gefäßes und zur Prophylaxe von Hirninfarkten). Mit der genauen Angabe helfen Sie uns, die Medikamente sicher den Krankheiten zuzuordnen und Rückfragen zu vermeiden.

Jede Medikamenteneinnahme hat einen therapeutischen Zweck. Eine Medikamenteneinnahme ohne Angabe der dazugehörigen Gesundheitsstörung führt zu einer Rückfrage.

### ■ **Krankheiten, die regelmäßig zur Ablehnung oder Zurückstellung führen**

Die folgenden Übersichten sind nur **Richtwerte** und ersetzen keine Risikoprüfung. **Bitte nutzen Sie die Risikohotline**, um den konkreten Fall zu besprechen und so die individuellen Faktoren, z. B. das Eintrittsalter und das Ausmaß der Krankheit, berücksichtigen zu können.

#### ■ **Ablehnungen für alle Pfliegerente** (Auswahl von häufigen Krankheitsbildern)

Alkoholismus, Drogen- und Medikamenten-abhängigkeit	Stent- oder Bypass-Operation innerhalb der ersten sechs Monate oder mehr als 2-Gefäß-Erkrankung
Parkinson	Herzinfarkt vor Ablauf von drei Monaten
Demenz/Alzheimer	Schlaganfall
Krebs vor Ablauf von vier bzw. fünf Jahren nach Abschluss der Behandlung (Dauer als Richtwert, abhängig von Tumorart)	Cardiomyopathien
Multiple Sklerose	Chronisches Nierenversagen/Dialyse
Muskelschwund	Leberzirrhose
Diabetes Typ I und Typ II mit Erstdiagnose vor über zehn Jahren bei Eintrittsaltern bis 30 Jahre	Chronische Hepatitis
Schwere chronische psychische Erkrankungen	Organtransplantationen (Empfänger)
Weichteilrheumatismus	Querschnittlähmung
Sehr starkes Übergewicht abhängig vom Alter	Carotisstenose
Osteoporose mit Spontanfrakturen	Rheumatoide Arthritis
Stuhlinkontinenz	Arterielle Verschlusskrankheit der Beine bei Eintrittsalter bis 45 Jahre
Fibromyalgiesyndrom	Bipolare affektive Störung
Schwere Verläufe der Colitis Ulcerosa	Leichte kognitive Störungen
Hirnorganisches Psychosyndrom	

## AUSLESEPHILOSOPHIE PFLEGEVERSICHERUNGEN

### ■ **Zusätzliche Ablehnungen in der Produktlinie *Klassik* (ab Pflegegrad 3)**

(Auswahl von häufigen Krankheitsbildern)

Verengung der Herzkranzgefäße mit Beschwerden bei schwerer körperlicher Belastung	Somatoforme Schmerzstörung
Makuladegeneration	

### ■ **Zusätzliche Ablehnungen in der Produktlinie *Exklusiv* (ab Pflegegrad 2)**

(Auswahl von häufigen Krankheitsbildern)

Bandscheibendegeneration mit Bewegungseinschränkung oder chronischen Schmerzen	Depression vor Ablauf von zwei Jahren nach dem letztem Auftreten
Amputation von Gliedmaßen	Chronische Bronchitis mit Dauermedikation (nur bei Nichtrauchern)
Beidseitige Blindheit	Chronisches Vorhofflimmern
Manie	

### ■ **Häufig auftretende Krankheiten, die zusätzliche Angaben erforderlich machen**

Bluthochdruck	Bitte zusätzlich zur Medikation die letzten drei Blutdruckmessungen angeben und ob geraucht wird.
Cholesterinerhöhung	Bitte zusätzlich den letzten Gesamtcholesterinwert sowie Triglyceride und HDL-Wert angeben.
Diabetes	Bitte zusätzlich angeben, wann Diabetes erstmals festgestellt wurde, die letzten drei HbA1c-Werte, ob geraucht wird sowie ob der Diabetes bereits Folgen hinterlassen hat.
Herzrhythmusstörungen	Bitte geben Sie die genaue ärztliche Bezeichnung der Herzrhythmusstörungen an (Art und Ursache).
Krebs	Bitte geben Sie die Tumorklassifikation an und reichen ggf. den letzten Nachsorgebericht ein. Die Tumorklassifikation kann beim Arzt erfragt werden.
Osteoporose	Bitte geben Sie an, wann die Osteoporose erstmals festgestellt wurde und ob Spontanfrakturen aufgetreten sind.
Schlafapnoe	Bitte zusätzlich den Bericht des Schlaflabors und den letzten Kontrollbericht einreichen.

## AUSLESEPHILOSOPHIE PFLEGEVERSICHERUNGEN

### ■ Hausarztbericht

Wir sind bemüht, die Kosten für die Risikoprüfung möglichst gering zu halten. Dafür ist es notwendig, dass Hausarztberichte nur dann angefordert werden, wenn bestimmte Summen erreicht werden und aufgrund des Krankheitsbildes oder der Vielzahl von Erkrankungen eine genaue Beantwortung durch die Versicherte Person nicht möglich ist.

Hausarztberichte sind ausschließlich Erhebungen von Gesundheitsangaben beim Arzt, ohne dass eine erneute ärztliche Untersuchung erfolgen muss. Der Arzt soll ausschließlich auf Basis der ihm vorliegenden Informationen berichten.

Über die Notwendigkeit von Hausarztberichten entscheidet die IDEAL auf der Grundlage der Angaben im Antrag. Ein Hausarztbericht kann die Eigenangaben der Versicherten Person nicht ersetzen.

### ■ Liegen Krankheiten vor, werden bei Erreichen folgender Grenzen (inkl. Vorversicherungen bei der IDEAL) obligatorisch Arztberichte angefordert

Versicherte Rente ab Pflegegrad 4	2.000,01 ≤ 3.500 € (inkl. Vorversicherungen für diese Pflegegrade)
oder	
Versicherte Rente ab Pflegegrad 3	2.000,01 ≤ 3.500 € (inkl. Vorversicherungen für diese Pflegegrade)
oder	
Versicherte Rente ab Pflegegrad 2	1.500,01 ≤ 2.000 € (inkl. Vorversicherungen für diese Pflegegrade)

Für Antragsteller ab dem 70. Geburtstag werden unabhängig von der Angabe von Krankheiten immer Hausarztberichte angefordert, wenn die oben genannten Grenzen erreicht werden.

### ■ Ärztliches Zeugnis

Das ärztliche Zeugnis besteht aus mehreren Teilen. Es umfasst neben der Befragung der Versicherten Person durch den Arzt und einer Selbstauskunft der Versicherten Person auch eine Untersuchung durch den Arzt und die Erhebung von aktuellen Laborbefunden.

Sollte ein ärztliches Zeugnis erforderlich sein, wird die Versicherte Person von der IDEAL aufgefordert, dieses erstellen zu lassen. Zusammen mit der Aufforderung erhält die Versicherte Person das Formular für das ärztliche Zeugnis.

### ■ Das ärztliche Zeugnis wird immer angefordert, wenn folgende Grenzen (inkl. Vorversicherungen bei der IDEAL) überschritten werden

Versicherte Rente ab Pflegegrad 4	> 3.500 € (inkl. Vorversicherungen für diese Pflegegrade)
oder	
Versicherte Rente ab Pflegegrad 3	> 3.500 € (inkl. Vorversicherungen für diese Pflegegrade)
oder	
Versicherte Rente ab Pflegegrad 2	> 2.000 € (inkl. Vorversicherungen für diese Pflegegrade)

### ■ Kosten für Hausarztberichte/ärztliches Zeugnis

Die IDEAL übernimmt die Kosten für die von ihr beauftragten Berichte. Für weitere, nicht durch die IDEAL in Auftrag gegebene Berichte, werden keine Kosten übernommen.

**Bei weitergehenden Fragen zur Risikoprüfung, insbesondere zu unserer Annahmepolitik, stehen Ihnen unsere Risikospezialisten gern zur Verfügung.**