

Bitte senden an:

netzwerk freier finanzberater Thomas Kliem GmbH & Co. KG

Perelsplatz 11, 12159 Berlin

Fax: 030 79741391

Mail: kontakt@nff-fachmakler.de

Absicherung des Pflegerisikos

Datenerhebung

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum, -ort

Nationalität

Familienstand

ledig

verheiratet

eheähnliche Gemeinschaft

Krankenversichert bei

derzeitige/r Tätigkeit/Beruf

angestellt

selbstständig

verbeamtet

Daten des Partners/der Partnerin:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum, -ort

Nationalität

Krankenversichert bei

derzeitige/r Tätigkeit/Beruf

angestellt

selbstständig

verbeamtet

Daten der Kinder

Kind 1:

Name, Vorname

Geburtsdatum, -ort

Kind 2:

Name, Vorname

Geburtsdatum, -ort

Gewünschte Absicherung

Gewünschter Beginn: _____

Ziel der Absicherung:

- keine Armut bei Pflegebedürftigkeit
- Kinder sollen nicht für die Pflegebedürftigkeit zahlen müssen
- Erhalt von Vermögen, Immobilien
- Sicherung des Erbes
- andere Gründe: _____

Höhe der Absicherung:

ambulant im PG 5: _____ Euro

stationär im PG 5: _____ Euro

Varianten der Absicherung:

- Pfl egetagegeld
- Pflegekosten
- Pfl egerente
- Förderpfl ege

Kontoverbindung:

IBAN _____

BIC _____

Geldinstitut _____

Zahlungsweise monatlich jährlich

GESUNDHEITSFRAGEN

Größe _____

Gewicht _____

Rauchen Sie? JA NEIN

Besteht eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung eines Pflegegrades gestellt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wurde schon einmal ein Antrag auf Pflegezusatzversicherung abgelehnt? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % oder eine kindliche Entwicklungsstörung (Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wie Lese-, Rechtschreib- und/oder Rechenstörung zählen nicht dazu)? Falls ein GdB vorliegt, bitte Bescheid mit Begründung vom Versorgungsamt einreichen.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ist eine der zu versicherten Personen werdende Mutter oder werdender Vater (auch bei beabsichtigter Adoption)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Sobald eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sind auf einem gesonderten Blatt ausführliche Angaben zu machen. Bitte Arztberichte u.a. einreichen!

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen?

Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems: Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße: Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Erkrankungen der Nieren: Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen der Lungen: Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen: Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems: Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmorknochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Sonstige Erkrankungen: Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Wurden eine der folgenden Krankheiten in den letzten 5 Jahren ärztlich diagnostiziert oder behandelt oder eine weitere Abklärung zur Feststellung einer der folgenden Krankheiten angeraten, welche zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht abgeschlossen ist? (Diese Einschränkung gilt jedoch nur, wenn mir diese ärztliche Diagnose oder Behandlung oder das ärztliche Anraten bei Antragstellung bekannt sind und die Krankheit für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zumindest mitursächlich ist.):

Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems: Alzheimer, Hydrozephalus, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Myasthenia gravis, Bewegungskordinationsstörungen (Ataxien), Parkinson-Krankheit, Creutzfeld-Jacob, Schlaganfall, Demenz, Querschnittslähmung, Epilepsie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: Arterienaneurysma, Herzklappenerkrankung, Herzinfarkt, Koronarsklerose, Herzinsuffizienz, Periphere arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen innerer Organe und Stoffwechselerkrankungen: Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Leberzirrhose, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Mukoviszidose, Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen des Immunsystems: HIV-Infektion, AIDS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems: Arthrose, Muskeldystrophie, Rheuma	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Genetische Erkrankungen: Chorea Huntington, Down-Syndrom (Trisomie 21)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

<p>Sonstige Erkrankungen: Adipositas ab Grad II (BMI > 35), Autismus, Chronische offene Wunden, Psychische Erkrankungen*, Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente), Vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern (z.B. Rötelymbryopathie, Zytomegalie-Virus, Toxoplasmose, medikamenten-induzierte Schäden, Alkohol-, Drogenmissbrauchsschäden)</p>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<p>Erfolgte <u>innerhalb der letzten 3 Jahre</u> vor Antragstellung die Erstdiagnose oder die erneute Diagnose (Rezidiv) bösartiger Neubildungen (bösartige Tumore) oder Hirntumor? (Diese Einschränkung gilt jedoch nur, wenn mir diese ärztliche Diagnose oder Behandlung oder das ärztliche Anraten bei Antragstellung bekannt sind und die Krankheit für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zumindest mitursächlich ist.) Wenn ausschließlich Hautkrebs diagnostiziert wurde, ist ein Leistungsanspruch jedoch nicht ausgeschlossen.</p>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

*Hinweise zu psychischen Erkrankungen:

- Ein Leistungsanspruch besteht, wenn die Behandlung abgeschlossen ist und nicht länger als 2 Monate gedauert hat, z. B. bei Behandlung durch Schulpsychologen (Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit), Prüfungsstress, Traumabewältigung (Scheidung, Verlust etc.).
- Unterstützungsmaßnahmen wie die psychologische Beratung während einer RehaMaßnahme, einer Anschlussheilbehandlung oder einer onkologischen Therapie sind sinnvoll und nicht als Behandlung einer psychischen Erkrankung anzusehen.

Ort, Datum _____

Unterschrift