

Maria Muster

Persönlicher
Pflegeplan

4.1

VERSION

Basierend auf den Daten von

Bertelsmannstiftung

DISTATIS
wissen.nutzen.

Barmer GEK

Übersicht



Allgemeines zur Pflege



Persönlicher Pflegeplan

Haben Sie sich schon mit dem Thema Pflege beschäftigt?

Mit Hilfe unseres Pflegeplans finden Sie Ihre optimale Absicherung für den Pflegefall.

+ Im Pflegefall unterstützt er Sie, die Leistungen zu erhalten, die Ihnen zustehen!



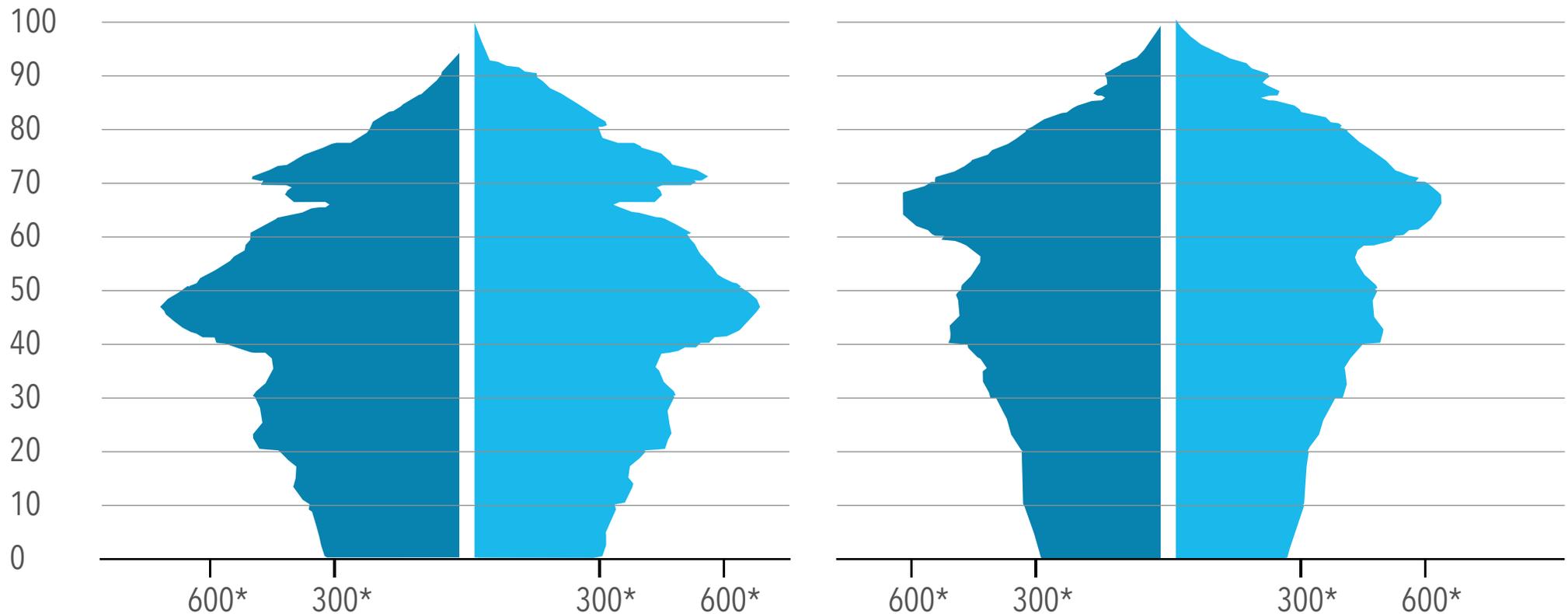
Altersstruktur in Deutschland

Warum ist es wichtig, sich mit dem Thema „Pflege“ zu beschäftigen?

Alter

2010

2030



Heute gibt es ca. **2,8 Millionen Pflegebedürftige** in Deutschland.

Nach Prognosen der Bertelsmann Stiftung werden es im Jahre **2030** über **3,4 Millionen** sein.

■ Männer *Einwohner
■ Frauen in Tausend

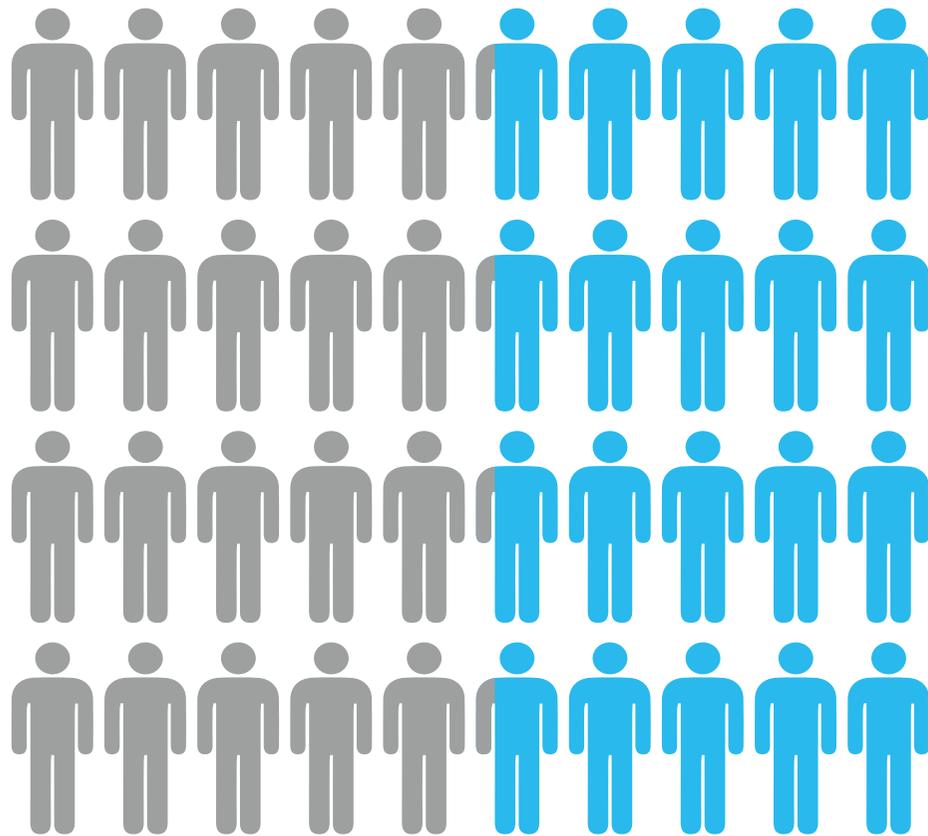
Quellen: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2015): Bevölkerungspyramide, <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide>.
Bundesministerium für Gesundheit (2016): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
Bertelsmann-Stiftung (2015): Pflegereport 2030, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030/>.



Wie hoch ist mein persönliches Risiko, pflegebedürftig zu werden?

Männer

48 %



Frauen

67 %



Fast jeder **zweite Mann** und **zwei von drei Frauen** werden im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig!



Begriff der Pflegebedürftigkeit

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II neu definiert:

Pflegebedürftig im Sinne des § 14 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Pflegebedürftig ist, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

Pflegebedürftigkeit stellen folgende Unternehmen fest:

Für GKV Versicherte

MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG

Für PKV Versicherte

MEDICPROOF
Der medizinische Dienst der Privaten



Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung pro Kalendermonat

Pflegeart	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Laienpflege	0	316 €	545 €	728 €	901 €
Ambulante Pflege	125 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Stationäre Pflege	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

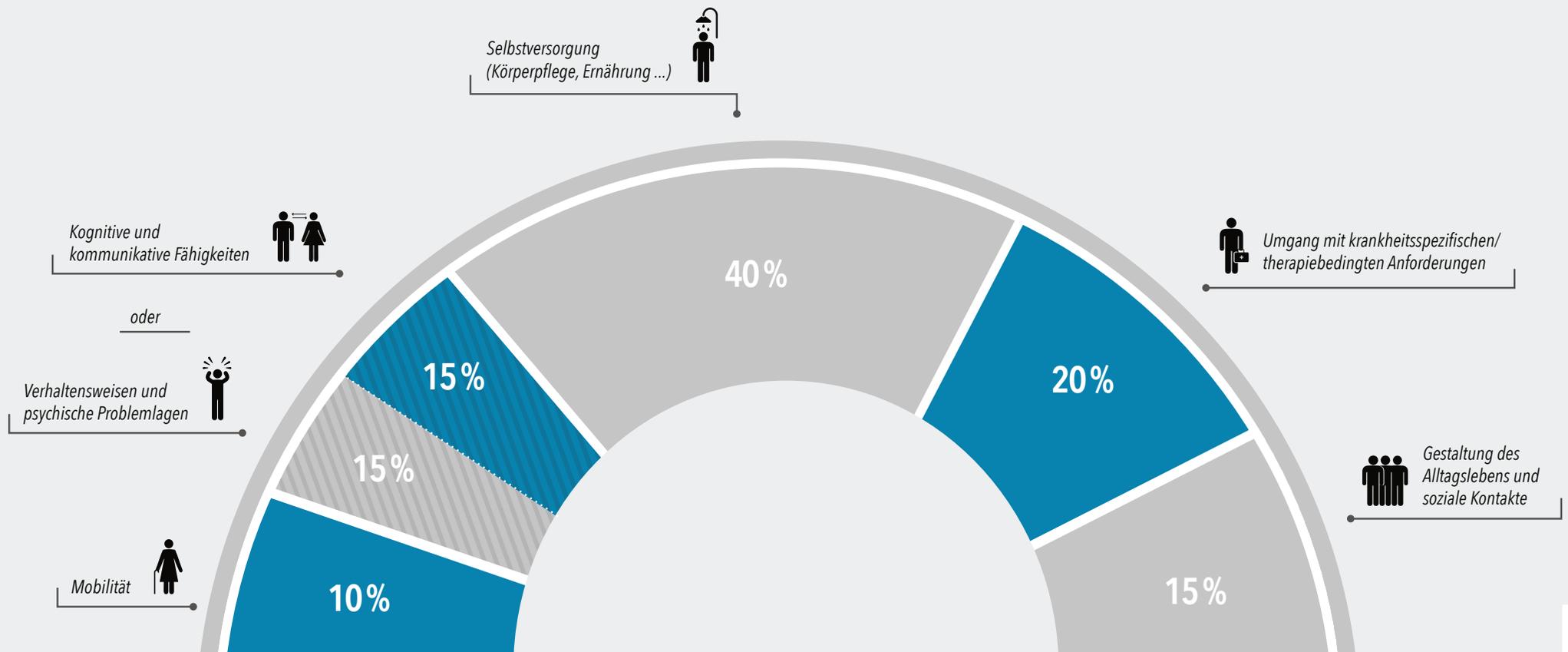
Bundesministerium für Gesundheit (2016): Alle Leistungen im Überblick

<http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/finanzielle-leistungen/alle-leistungen-ab-2017-im-ueberblick/>



Prüfverfahren nach dem Pflegestärkungsgesetz II

Für die Prüfung sind sechs Lebensbereiche maßgeblich, anhand deren der Grad der Selbständigkeit berechnet wird:





Prüfverfahren nach dem Pflegestärkungsgesetz II

Für jeden Bereich werden Punkte vergeben.

Die Gesamtpunktzahl entscheidet dann, in welchen Pflegegrad die Person eingestuft wird.

Pflegegrad 1

(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 2

(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 3

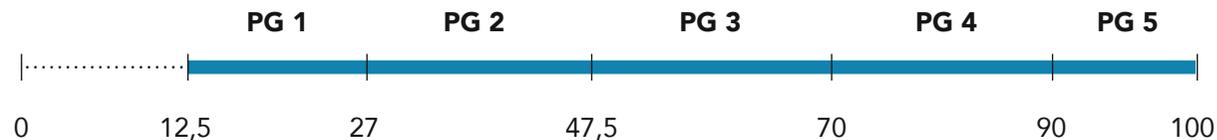
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 4

(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

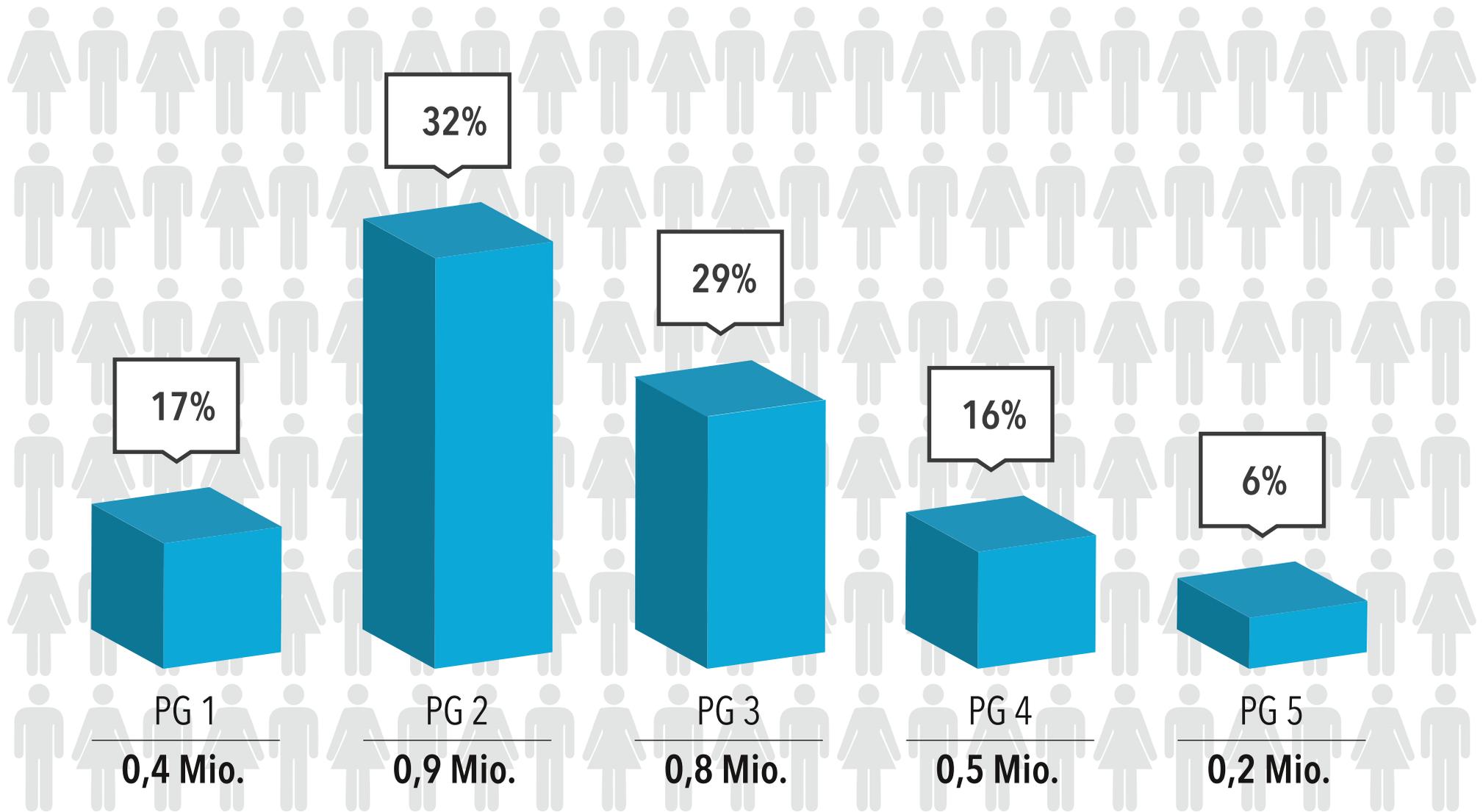
Pflegegrad 5

(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung



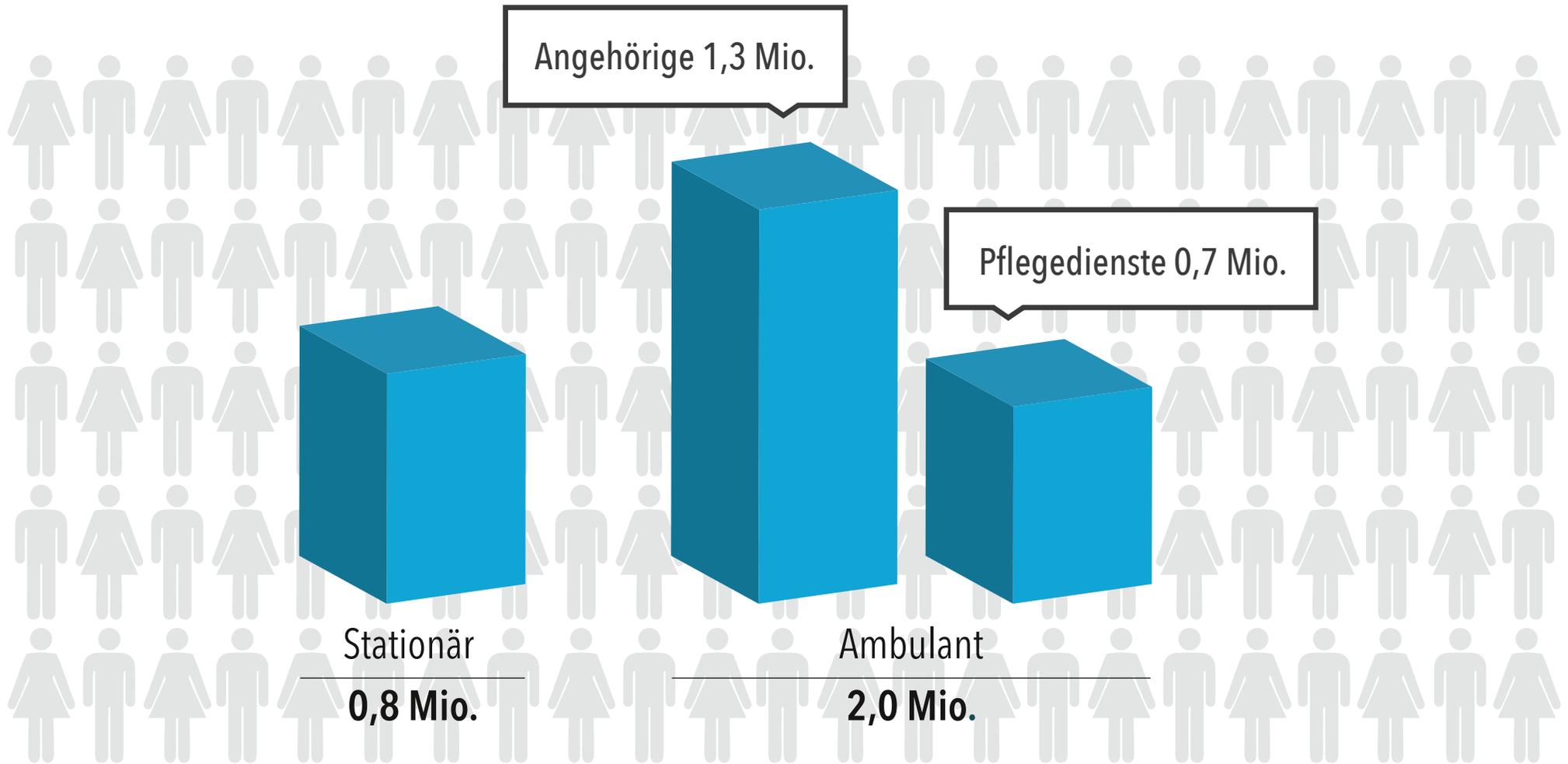


Welche Pflegegrade kommen am häufigsten vor?





Pflegefälle nach Versorgungsart (2,8 Mio. insgesamt)



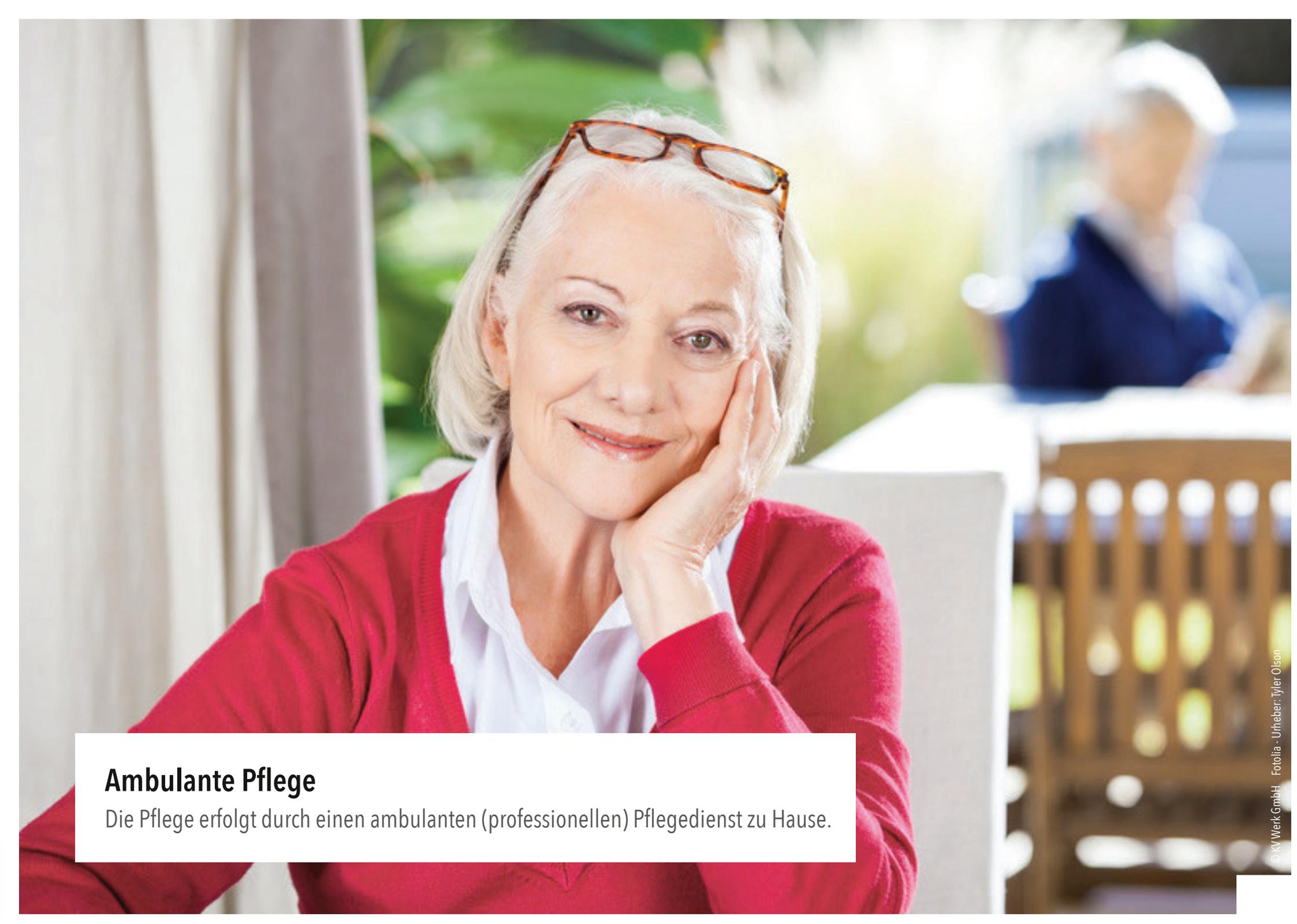
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2016): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2014), Pflegestatistik 2013, S. 5.



Laienpflege

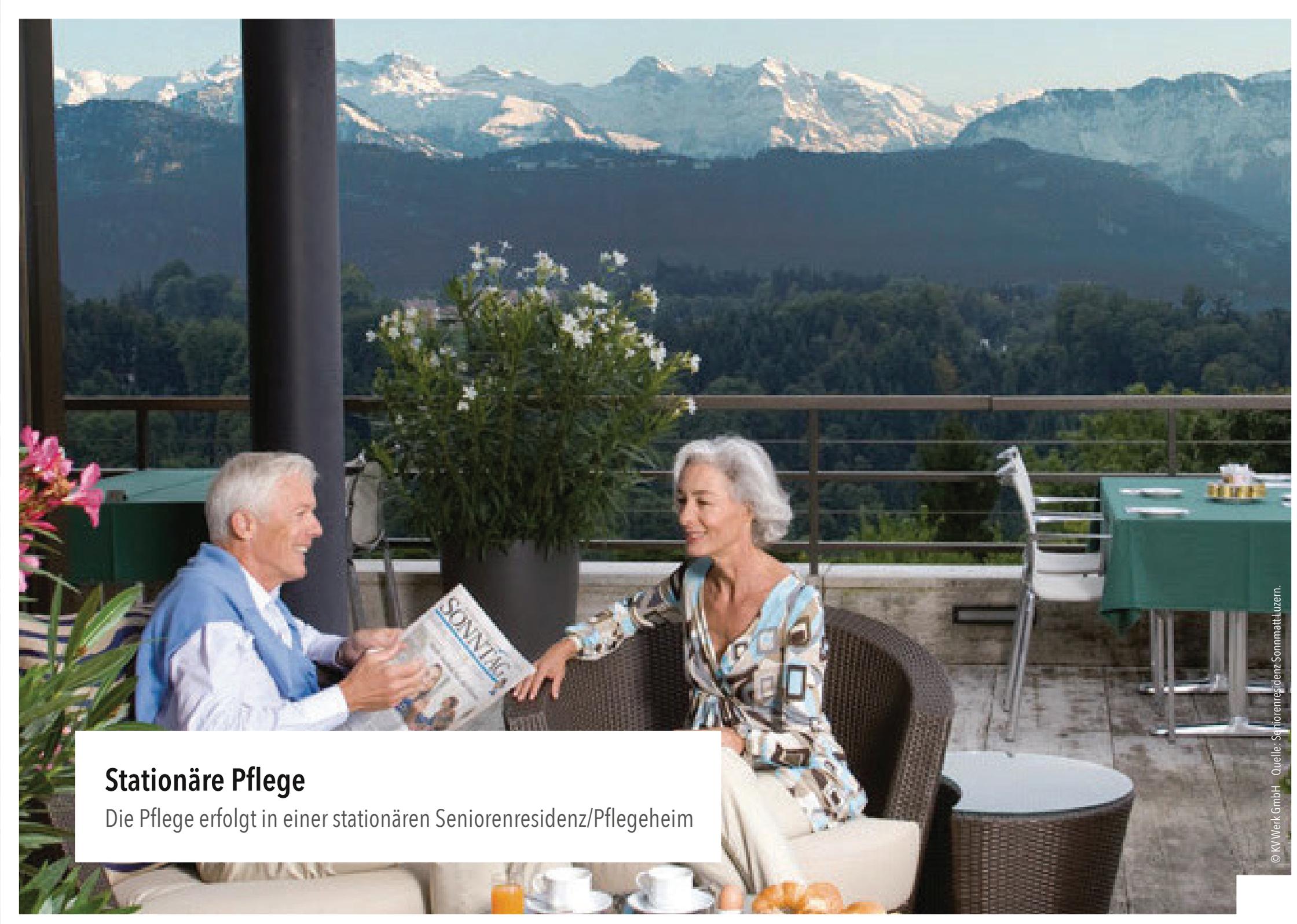
Die Pflege erfolgt durch eine bestimmte Vertrauensperson. Diese ist nicht in der Pflege ausgebildet und oftmals ein naher Angehöriger. Hier drohen Verdienstauffälle durch die Aufgabe des Berufes.

Achtung: Die Gesetzliche Pflegeversicherung zahlt für die Laienpflege die niedrigsten Zuschüsse.



Ambulante Pflege

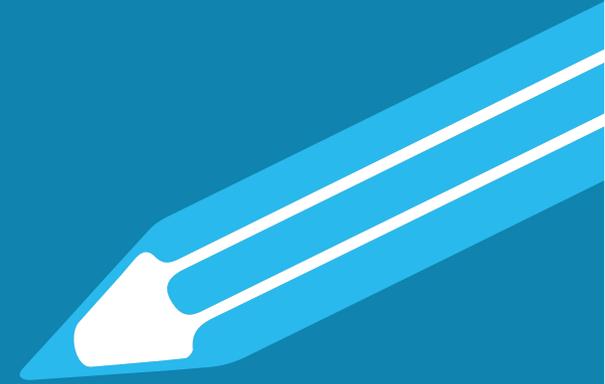
Die Pflege erfolgt durch einen ambulanten (professionellen) Pflegedienst zu Hause.



Stationäre Pflege

Die Pflege erfolgt in einer stationären Seniorenresidenz/Pflegeheim

Fazit



- + Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden Sie einmal in den Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft.
- + Als Pflegebedürftiger benötigen Sie Unterstützung, um das alltägliche Leben zu meistern.
- + Pflege bedeutet auch, dass Sie im Haushalt, im Garten und beim Einkaufen unterstützt werden.
- + Wahrscheinlich bleiben Sie geistig fit und auch relativ mobil – trotzdem werden Sie auf Hilfe angewiesen sein.
- + Zudem möchten Sie sich Ihre persönlichen Bedürfnisse und Wünsche erfüllen können.



Auf was möchten Sie im Falle einer Pflegebedürftigkeit nicht verzichten?



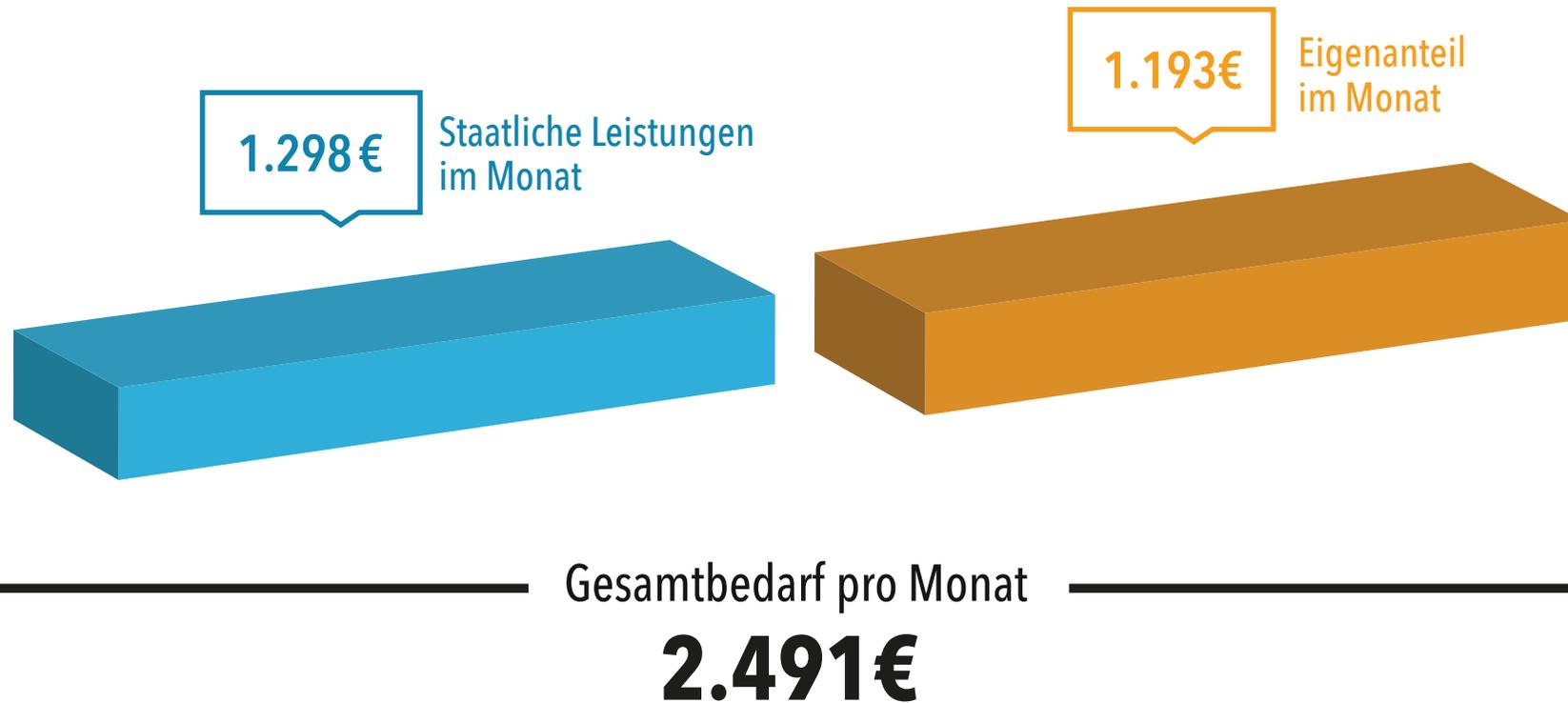
Reisen
Kultur
Infrastruktur
Geselligkeit
Eigenheim





Pflege kostet Geld! **Geld, welches Ihnen später woanders fehlt.**

Berechnungsbeispiel: ambulante Pflege, Pflegegrad 3



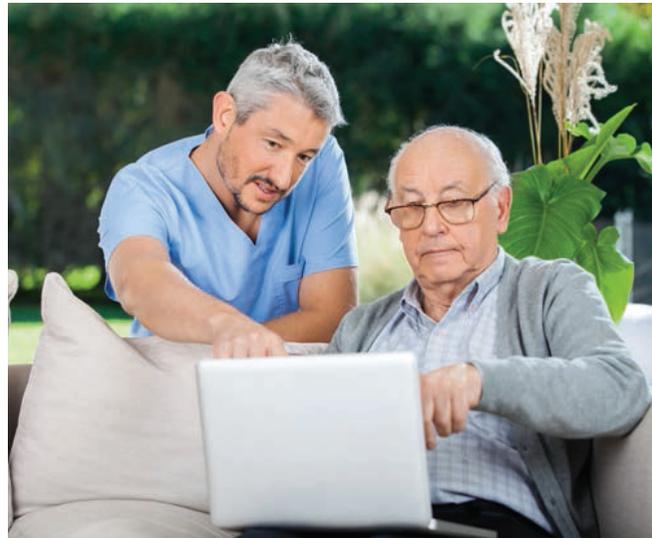
Die Gesetzliche Pflegeversicherung ist, anders als die Krankenversicherung, keine Vollversicherung.
Das bedeutet, **sie trägt nicht die gesamten Kosten.**



Wie finanzieren Sie Ihre Versorgungslücke?



Veräußerung des Eigenheims
Über 1.000 € jeden Monat selbst finanzieren
Unterhalt durch die Kinder
Sozialhilfe beziehen



... oder es gibt einen Plan B?

Menü 



Persönlicher Pflegeplan Maria Muster

Bedarfsanalyse

Ermittelt die Versorgungslücke im Pflegefall.



Marktvergleich

Findet die optimale Pflegeversicherung.

Gesundheitsprüfung

Prüft, welche Gesellschaft Versicherungsschutz bietet.



Helfer

Anwaltliche Erstberatung.
Beratung durch Pflegeexperten.

Meine Finanzen



Wie möchten Sie im Fall einer Pflegebedürftigkeit gepflegt werden?

Bedarfsanalyse

Name: **Maria Muster**

Geburtsdatum: **22.01.1960**

Bundesland: **Bayern**

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegeart	laien	laien	ambulant	stationär	stationär
Pflegekosten ¹	250€*	720€	2129€	3441€	3671€*
Staatliche Leistung ²	0€	316€	1298€	1775€	2005€
Zuzahlung ³ 250€	250€	250€	250€	250€	250€
Versorgungslücke	0€	154€	581€	1416€	1416€

1 Monatliche Kosten, die aufgrund der eingetretenen Pflegebedürftigkeit anfallen.

2 Monatliche Leistungen aus Ihrer Gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Leistung fällt je nach Pflegeart und -grad unterschiedlich hoch aus.

3 Monatlicher Betrag, den Sie im Fall der Pflegebedürftigkeit bereit sind aus eigener Tasche zu leisten.

* Geschätzter Wert

Quellen: Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik; übergeleitet auf Pflegegerade

Für die Richtigkeit des Inhaltes übernimmt die KV Werk GmbH keine Garantie und Haftung.



Gesundheitsprüfung Maria Muster



PZTB



PIN



PflegePRIVAT
PremiumPLUS



PTG



MediP



100% AR



münchener verein
Zukunft. In besten Händen.
Komfort a=s



Pflege
premium



PT



württembergische
Der Fels in der Brandung.
PTPU



Persönliche Angaben:

Geburtsdatum 22.01.1960
Größe 180 cm Gewicht 80 kg BMI 24.7
 Grad der Behinderung (GdB): < 50% 50% + X

Besteht oder bestand:

Berufs- / Dienstunfähigkeit Pflegebedürftigkeit + Antrag auf Pflegebedürftigkeit anstehende Operationen in den nächsten 6 Monaten
 Erwerbsminderung / EU Pflegezusatzantrag bereits abgelehnt? Aktuelle Behandlungen / Kontrolluntersuchung
 Minderung der Erwerbsfähigkeit Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen Kriegs- / Wehrdienstbeschädigung / Invaldität

Gesundheitsfragen – Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Down-Syndrom (Trisomie 21) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Neurose |
| <input type="checkbox"/> ALS - amyotrophe Lateralsklerose | <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> Hirnleistungsstörung | <input type="checkbox"/> Marmorknochenkrankheit | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Psychose |
| <input type="checkbox"/> Amputationen, Arm- und/oder Bein | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion / AIDS | <input type="checkbox"/> Mikrozephalie | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> Aneurysma | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Missbildungen / Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - sonstige |
| <input type="checkbox"/> Aortenerweiterung | <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Hydrozephalus (Wasserkopf) | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - stationär behandelt |
| <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom / Wachkoma / Koma | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Immundefekte | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung |
| <input type="checkbox"/> arterielle Verschlusskrankheit, peripher | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten, chronische | <input type="checkbox"/> Morbus Huntington | <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arterienaneurysma | <input type="checkbox"/> Gehirn - Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose (zystische Fibrose) | <input type="checkbox"/> Rückenmarkserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / Arterienverkalkung | <input type="checkbox"/> Gehirn - infantile Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Kindliche Entwicklungsstörung | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Sarkoidose |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Gehirn, Schädigung oder Erkrankung | <input type="checkbox"/> Knochenmarkinsuffizienz (aplastische Anämie) | <input type="checkbox"/> Muskelatrophie / Muskeldystrophie / Muskelschwund | <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma |
| <input type="checkbox"/> Arthrose - Gelenkarthrose | <input type="checkbox"/> Gehirnblutung | <input type="checkbox"/> Knochenmarkserkrankungen | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung, chronisch | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Arthrose - nur Hüftarthrose | <input type="checkbox"/> Gehirnschwund (Hirnatrophie) | <input type="checkbox"/> kognitive Störung | <input type="checkbox"/> Myasthenia gravis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Gehirntumor | <input type="checkbox"/> Krebs - Bösartige Tumore | <input type="checkbox"/> Nervensystems, Schädigung oder Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrom, chronisch |
| <input type="checkbox"/> Auge - Schädigung des Sehnervs | <input type="checkbox"/> Gelenkersatz (TEP) | <input type="checkbox"/> Krebs - Hautkrebs | <input type="checkbox"/> Netzhauterkrankung | <input type="checkbox"/> Schwindel, chronisch |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Krebs - Leukämie | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Spina bifida |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Glasknochenkrankheit | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke oder sonstige Implantate, außer Zähnen | <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen, angeboren |
| <input type="checkbox"/> Beinlängen, unterschiedlich (über 2 cm Differenz) | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Lähmungen (Hemiparese / Hemiplegie) | <input type="checkbox"/> Niere - Harnstauungsniere | <input type="checkbox"/> Strahlenfolgen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungskoordinationsstörungen (Ataxien) | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Leber - primär Biliäre Zirrhose | <input type="checkbox"/> Niere - Zystenieren | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blasenschwäche | <input type="checkbox"/> Hämochromatose | <input type="checkbox"/> Leber - Zystenleber | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung, dialysepflichtig | <input type="checkbox"/> Thrombosen |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Harnsäure, erhöht | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung chronisch | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen, chronisch | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (medikamentös behandelt) | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte, mehrfach | <input type="checkbox"/> Leberfibrose | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Transitorische ischämische Attacke (TIA) |
| <input type="checkbox"/> Bronchiektasen | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Leberzellschäden | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Transplantation - Organe und Gewebe |
| <input type="checkbox"/> Carotisstenose (Verengung der Halsschlagader) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose (Schrumpfleber) | <input type="checkbox"/> Osteomyelitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Chorea Huntington | <input type="checkbox"/> Herz - Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Lunge - Staublunge | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris (chron. Unterschenkelgeschwür) |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Herz - Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Pankreatitis, chronisch | <input type="checkbox"/> Verengung oder Verschluss von Schlagadern |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob | <input type="checkbox"/> Herz und Herzkranzgefäße, Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenembolie / -infarkt | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen, chronisch | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, chronisch | <input type="checkbox"/> Polyarthrit | <input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus - chronisch offene Wunde | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung, chronisch obstruktive (COPD) | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Lupus erythematodes, systemisch | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Bulimie / Essstörungen | <input type="checkbox"/> (z.B. Bandscheibenvorfall) - stationär behandelt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lymphödem (Stauung der Lymphgefäße) | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Depression ambulant | <input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (nicht insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit, koronare (KHK) | | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen - Depression stationär | <input type="checkbox"/> Zustand nach Bypass-Operation |

Hinweis: Trotz sorgfältiger Prüfung der Gesundheitsangaben ist es zwingend notwendig, Ihren Gesundheitszustand bei Antragstellung mit den Antragsfragen des jeweiligen Versicherers erneut und ganz genau zu überprüfen! Für die Richtigkeit des Inhaltes übernimmt die KV Werk GmbH keine Garantie und Haftung.



Versicherbar



Individuelle Prüfung



Ablehnung



Marktvergleich Maria Muster

Versicherer:	Allianz	ARRAG	VERSICHERUNGS KÄRNER BAYERN	DKV	Gothaer	HALLESCHE Private Krankenversicherung	mv münchener verein Zukunft. In besten Händen.	R+V	vigo Düsseldorfer Pflegegeld	württembergische Der Fals in der Branche.
Tarif:	PZTB	PIN	PflegePRIVAT PremiumPLUS	PTG	MediP	100% AR	Komfort a=s	Pflege premium	PT	PTPU
Geburtsdatum: 22.01.1960										
Versicherungsbeginn: 01.03.2018										
Versicherungsart:	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.
Pflegegrad 5: 1500€/Monat = 50€/Tag	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	2250€ 2250€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€
Pflegegrad 4: 1500€/Monat = 50€/Tag	1200€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1125€ 1125€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1275€ 1500€
Pflegegrad 3: 600€/Monat = 20€/Tag	750€ 1500€	600€ 600€	900€ 1500€	1050€ 1500€	600€ 1500€	1050€ 1500€	750€ 750€	1050€ 1050€	600€ 600€	975€ 1500€
Pflegegrad 2: 300€/Monat = 10€/Tag	450€ 1500€	300€ 300€	450€ 1500€	600€ 1500€	300€ 1500€	450€ 1500€	375€ 375€	450€ 450€	300€ 300€	600€ 1500€
Pflegegrad 1: 0€/Monat = 0€/Tag	300€ 300€	0€ 0€	150€ 150€	450€ 1500€	0€ 0€	150€ 150€	0€ 0€	150€ 150€	0€ 0€	75€ 75€
Monatsbeitrag	89,05€	77,31€	113,60€	101,75€	98,10€	104,50€	77,93€	90,50€	81,22€	118,50€
Immer 100% Leistung bei stationärer Pflege ²	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja ¹	Ja
Flexibler Schutz	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
Nachversicherungsgarantie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja ¹	Nein	Nein	Ja
Dynamik ohne Altersgrenze	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Dynamik im Leistungsfall ohne Altersgrenze	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja ¹	Ja
Verzicht auf Wartezeiten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Alternativ-Begutachtung nach ADL	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Weltweite Leistungen	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Pflegebedürftigkeit durch Suchterkrankungen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Einmalleistungen	Ja ¹	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja ¹	Nein	Ja ¹	Ja
Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja ¹	Nein	Ja	Ja
Beitragsbefreiung (Arbeitslosigkeit und/oder AU)	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja
Mind. 6 Monate rückwirkende Leistung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Leistung stat. KH / Reha ohne zeitl. Begrenzung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Helfer Pflegeplan (beitragsfreie Extraleistungen)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Summe Leistungspunkte	9	10	9	8	12	10	10	3	12	12

¹ Optional versicherbar - in dieser Berechnung nicht enthalten ² Anhebung stationäre Pflege der Pflegegrade 2 bis 4 auf Leistungshöhe Pflegegrad 5 Versicherbar Individuelle Prüfung Ablehnung
Für die Richtigkeit des Inhaltes übernimmt die KV Werk GmbH keine Garantie und Haftung.



Leistungsvergleich TOP 4

Maria Muster

Geburtsdatum: 22.01.1960
 Versicherungsbeginn: 01.03.2018

Versicherer	württembergische <small>Der Fels in der Brandung.</small>	vigo <small>Düsseldorfer Pflegegeld</small>	Gothaer	HALLESCHER <small>Private Krankenversicherung</small>
Tarif	PTPU	PT	MediPG	100% AR
Versicherbarkeit				
Versicherungsart	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.
Pflegegrad 5	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€
Pflegegrad 4	1275€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€	1500€ 1500€
Pflegegrad 3	975€ 1500€	600€ 600€	600€ 1500€	1050€ 1500€
Pflegegrad 2	600€ 1500€	300€ 300€	300€ 1500€	450€ 1500€
Pflegegrad 1	75€ 75€	0€ 0€	0€ 0€	150€ 150€
Monatsbeitrag	118,50€	81,22€	98,10€	104,50€
Leistungspunkte	12	12	12	10
Gewünschter Tarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trotz einer Versorgungslücke von meist über 1000 € pro Monat möchte ich, entgegen des Rates meines Versicherungsmaklers, keine Pflegezusatzversicherung abschließen.

Es werden hier automatisch die besten vier Versicherer (= „TOP 4“) ausgewählt.
 Die Sortierung erfolgt nach folgenden drei Kriterien:
 1. Versicherbarkeit (nur grüne und gelbe Smileys werden berücksichtigt)
 2. Höchste Anzahl an Leistungspunkten
 3. Günstigster Monatsbeitrag

Versicherbar Individuelle Prüfung Ablehnung

Für die Richtigkeit des Inhaltes übernimmt die KV Werk GmbH keine Garantie und Haftung.



Immer 100% Leistung bei stationärer Pflege

- ✓ Die stationären Leistungen in den Pflegegraden 2-4 können somit auf die Höhe der Absicherung in Pflegegrad 5 erfolgen. Die Höhe des Pflegegeldes bei ambulanter Pflege bleibt dabei unverändert.
- ✓ Optional gegen Mehrbeitrag in Tarif S-Plus versicherbar. Die stationären Leistungen aus den Tarifen PT2, PT3 und PT4 für die Pflegegrade 2, 3 und 4 werden auf die vereinbarte Höhe der Leistung des Tarifes PT5 für den Pflegegrad 5 angepasst. Die Höhe des Pflegegeldes bei ambulanter Pflege bleibt dabei unverändert. Im Leistungsfall muss für die erhöhte Leistung aus Tarif S-Plus keine Heimbedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) attestiert werden.
- ✓ Die Tagessatzhöhe für die stat. Absicherung ist immer einheitlich (losgelöst vom PG) und identisch mit der ambulanten Absicherung der Pflegegrade 4+5
- ✓ Die stationären Leistungen in den Pflegegraden 2-4 können somit auf die Höhe der Absicherung in Pflegegrad 5 erfolgen.

Flexibler Schutz

- ✗ Starrer Tarif mit prozentualer Absicherung: Bei diesem Tarif kann nur die gewünschte Absicherung für die Pflegegrad 5 festgelegt werden, die restlichen Pflegegrade werden von der Gesellschaft automatisch prozentual erstellt. Daraus ergeben sich folgende Absicherungssätze: Leistungen ambulant und stationär in Pflegegrad 1-5 in % = ambulant: 5/40/65/85/100 und stationär: 5/100/100/100/100
- ✓ Flexibler Tarif bei dem die gewünschte Absicherung für jeden einzelnen Pflegegrad individuell festgelegt werden kann. Die Höchstversicherungssummen betragen in Pflegegrad 3-5 max. 100 Euro Tagessatz und in Pflegegrad 1-2 max. 30 Euro Tagessatz. Die Mindestabsicherung beträgt 10 Euro Pflegegeld für jeden Pflegegrad der abgesichert wird. Abschließbar ist das Pflegegeld in 5 Euro Schritten.
- ✓ Flexibler Tarif bei dem die gewünschte Absicherung für jeden einzelnen Pflegegrad individuell festgelegt werden kann. Die Höchstversicherungssummen betragen 130 Euro Tagessatz in den Tarifen MediPG5-2, im MediPG1 50 Euro Tagessatz. MediPG1 kann einzeln abgesichert werden, der Beitrag kann im Pflegerechner der Gothaer berechnet werden.
- ✗ Starrer Tarif mit prozentualer Absicherung. Bei diesem Tarif kann nur die gewünschte Absicherung für den Pflegegrad 5 festgelegt werden, die restlichen Pflegegrade werden von der Gesellschaft automatisch prozentual erstellt. Daraus ergeben sich folgende Absicherungssätze - Leistungen ambulant und stationär in Pflegegrad 1-5 in % = ambulant 10/30/70/100/100 und stationär 10/100/100/100/100



Nachversicherungsgarantie

✓ Der Versicherungsnehmer hat bei Tod oder Pflegebedürftigkeit eines Ehe- oder Lebenspartners das Recht, innerhalb von sechs Monaten, das versicherte Pflegegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb festgelegter Grenzen zu erhöhen, sofern das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet und kein Pflegeantrag gestellt wurde. Die Nachversicherung ist auf max. 20% des bisher versicherten Pflegegeldes begrenzt.

✗ Eine Nachversicherungsgarantie bei bestimmten Ereignissen ist durch den Versicherer nicht vorgesehen.

✓ Eine Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten ist zu folgenden Anlässen möglich:

1. Geburt oder Adoption eines Kindes
2. Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes
3. Tod des Ehe- oder Lebenspartners
4. Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft
5. Scheidung oder Auflösung der Lebenspartnerschaft
6. Vollendung des 50. Lebensjahres
7. 5-jähriges Bestehen des Tarifs MediP
8. 10-jähriges Bestehen des Tarifs MediP

Die Erhöhung ist begrenzt auf maximal 20% des zum Zeitpunkt der Antragstellung vereinbarten Pflegegeldes.

✗ Eine Nachversicherungsgarantie bei bestimmten Ereignissen ist durch den Versicherer nicht vorgesehen.



Dynamik ohne Altersgrenze

- ✓ Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld jährlich um 4 %. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit. Wird der Dynamik zwei Mal in Folge widersprochen, so entfallen die Dynamik während der Beitragszahlungszeit und automatisch auch die Dynamik im Leistungsfall.
- ✓ Der Versicherer bietet dem Kunden alle 3 Jahre die Möglichkeit das Pflegegeld in den versicherten Pflegegraden ab Pflegegrad 2 um höchstens zwei Leistungsstufen zu erhöhen. Eine Leistungsstufe entspricht 5 Euro Tagessatz. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit. Wird die Dynamik vier Mal in Folge nicht angenommen, so entfällt die Dynamik.
- ✓ Der Versicherer erhöht das Pflegegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils drei Kalenderjahren (entspricht 36 Monaten), sofern die versicherte Person am Stichtag der Leistungsanpassung:
 1. das 21. Lebensjahr vollendet hat,
 2. keine Leistungen bei der deutschen Pflegepflichtversicherung beantragt hat,
 3. keine Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt ist.
- ✓ Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld alle zwei Jahre um 5% des zuletzt vereinbarten Satzes. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit. Wird der Dynamik zwei Mal in Folge widersprochen, so entfallen die Dynamik während der Beitragszahlungszeit und automatisch auch die Dynamik im Leistungsfall.

Dynamik im Leistungsfall ohne Altersgrenze

✓ Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld jährlich um 4 %. Wird der Dynamik vor dem Leistungsfall zwei Mal in Folge widersprochen, so entfällt automatisch auch die Dynamik im Leistungsfall. Eine Altersbegrenzung gibt es jedoch nicht. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit.

✓ Das Pflegegeld wird alle 12 Monate ab dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 um 3% der Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung erhöht. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit. Optional gegen Mehrbeitrag in Tarif Dyn versicherbar.

✓ Der Versicherer erhöht das Pflegegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten planmäßig in Zeitabständen von jeweils fünf Kalenderjahren (entspricht 60 Monaten), sofern am Stichtag der Leistungsanpassung:

1. die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat,
2. eine Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt und
3. Leistungen aus den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 bezogen werden.

Erstmals findet die Erhöhung fünf Kalenderjahre (60 Monate) nach Beginn der Leistungspflicht in den Tarifen MediP 1, MediP 2 oder MediP 3 statt. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person ununterbrochen pflegebedürftig war. Die Anpassung des versicherten Pflegegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflegegeld wird je Anpassung um 5 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes erhöht. Die Anpassung beträgt mindestens 1 EUR oder ein Vielfaches hiervon. Die Tagegeldhöhe des Tarifs MediP 0 wird nicht angepasst.

✓ Wird der Dynamik vor dem Leistungsfall zwei Mal in Folge widersprochen, so entfällt automatisch auch die Dynamik im Leistungsfall. Eine Altersbegrenzung gibt es jedoch nicht. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit.

Verzicht auf Wartezeiten

✓ Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung jeglicher Wartezeiten. Sollte die versicherte Person direkt nach Abschluss der Versicherung pflegebedürftig werden, hat diese sofort einen Anspruch auf die vereinbarte Leistung.

✓ Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung jeglicher Wartezeiten. Sollte die versicherte Person direkt nach Abschluss der Versicherung pflegebedürftig werden, hat diese sofort einen Anspruch auf die vereinbarte Leistung.

✓ Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung jeglicher Wartezeiten. Sollte die versicherte Person direkt nach Abschluss der Versicherung pflegebedürftig werden, hat diese sofort einen Anspruch auf die vereinbarte Leistung.

✓ Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung jeglicher Wartezeiten. Sollte die versicherte Person direkt nach Abschluss der Versicherung pflegebedürftig werden, hat diese sofort einen Anspruch auf die vereinbarte Leistung.

Alternativ-Begutachtung nach ADL

X Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgen gemäß den Richtlinien des Sozialgesetzbuchs (SGB).

X Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgen gemäß den Richtlinien des Sozialgesetzbuchs (SGB).

X Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erfolgen gemäß den Richtlinien des Sozialgesetzbuchs (SGB).

✓ Der Versicherungsnehmer kann sich auf Basis des Gutachtens zur Einstufung in der SPV/PPV alternativ nach den Kriterien der ADL (activities of daily living) begutachten lassen.
Die Leistungen nach ADL sind davon abhängig, dass der Versicherte in mindestens drei der nachstehend aufgeführten sechs Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf:

- An- und Auskleiden: 1 Punkt
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt
- Waschen (Körperpflege): 1 Punkt
- Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt
- Aufstehen und Zu-Bett-Gehen: 1 Punkt
- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

Weltweite Leistungen

✓ Der Versicherungsschutz besteht in den Mitgliedstaaten der EU und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Darüber hinaus kann der Versicherungsschutz durch eine besondere Vereinbarung auf Aufenthalte in Ländern außerhalb der oben genannten Staaten erweitert werden. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland zahlt der Versicherer nur die Kosten, die er in Deutschland bezahlen müsste.

✓ Der Versicherungsschutz besteht in den Mitgliedstaaten der EU und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Darüber hinaus besteht der Versicherungsschutz auch in Ländern, in denen keine Leistungen der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden, und in welchen die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland zahlt der Versicherungsnehmer die Kosten für das Pflegegutachten.

✓ Der Versicherungsschutz besteht nach Tarif MediP weltweit. Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsantrags nicht in der deutschen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig ist, wird der Versicherer einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB XI) feststellt. Die durch diese Begutachtung entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherungsnehmer.

✓ Weltweiter Versicherungsschutz. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im außereuropäischen Ausland zahlt der Versicherer nur die Kosten, die er in Deutschland bezahlen müsste.

Pflegebedürftigkeit durch Suchterkrankungen

- ✓ Der Versicherer leistet, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht.
- ✓ Der Versicherer leistet, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht.
- ✓ Der Versicherer leistet, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht.
- ✓ Der Versicherer leistet, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht.

Einmalleistungen

- ✓ Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 wird zusätzlich zum Pflegegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 30-fachen des versicherten Pflegegeldsatzes gezahlt.
- ✓ Es kann optional gegen Mehrbeitrag im Tarif E eine Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit vereinbart werden. Abschließbar ist das Vielfache von 500 Euro (bis max. 5.000 Euro). Die Auszahlung ist bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 möglich. Sie kann während der Vertragslaufzeit nur einmal gezahlt werden. Für den Fall der Neubewilligung von Pflegeleistungen, nachdem bereits Leistungen gezahlt wurden, besteht keine erneuter Anspruch.
- ✓ Tarif MediP EZ leistet 100% der vereinbarten Einmalzahlung bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2, 3, 4 und 5. Die Einmalzahlung kann in einer Höhe von 500 Euro oder einem Vielfachen hiervon versichert werden. Max. 15.000 Euro - mit Auszahlung der vereinbarten Einmalzahlung endet Tarif MediPG EZ.
- ✓ Zusätzlich 60faches Pflegegeld bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 4 oder 5 bzw. 6 Punkten nach ADL-Begutachtung. Tritt die erstmalige Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 bzw. 6 Punkten nach ADL-Begutachtung unmittelbar durch und innerhalb von 6 Monaten nach einem Unfall ein, wird zusätzlich zum 60fachen Tagessatz 150 Tage lang das doppelte des versicherten monatlichen Pflegegeldes gezahlt.

Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2

- ✓ Im Leistungsfall wird der Versicherungsnehmer ab Pflegegrad 2 von seiner Beitragszahlungspflicht befreit.
- ✓ Ab Pflegegrad 2 bzw. ab dem jeweils zweitkleinsten versicherten Pflegegrad wird der Versicherte vom Beitrag befreit. Beispiel: Hat der Versicherte Pflegegrad 1-5 versichert, wird er ab Einstufung in den Pflegegrad 2 vom Beitrag befreit. Hat der Versicherte dagegen nur Pflegegrad 2-5 versichert, wird er erst ab Einstufung in den Pflegegrad 3 vom Beitrag befreit.
- ✓ Bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 endet die Beitragszahlung für die von der versicherten Person abgeschlossenen Tarife MediP mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der deutschen Pflegepflichtversicherung festgestellt wird.
- ✗ Bei Vorliegen des Pflegegrades 4 wird der Versicherungsnehmer von seiner Beitragspflicht befreit.



Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und/oder AU

✓ Bis zu sechs Monate Ruhen.

✓ Für die Dauer (max. 12 Monate) der (kleinen) Anwartschaftsversicherung sind stark ermäßigte Beiträge zu zahlen. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf die tariflichen Leistungen im Versicherungsfall. Die Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden:

- Im Falle einer außergewöhnlichen Notlage
- Im Falle einer neu eingetretenen Arbeits- oder Stellenlosigkeit

✗ Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten sind tariflich nicht geregelt.

✗ Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten sind tariflich nicht geregelt.

Mindestens 6 Monate rückwirkende Leistung

✓ Es gibt keine zeitliche Anzeigepflicht bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsfall und die Leistungspflicht beginnen mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

✓ Es gibt keine zeitliche Anzeigepflicht bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsfall und die Leistungspflicht beginnen mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

✓ Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, in dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen.

✓ Der Versicherungsfall ist spätestens innerhalb von drei Jahren ab Feststellung durch die SPV/PPV anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige werden die Leistungen erst vom Zugangstage an erbracht.

Leistungen bei stat. KH/Kur/Reha ohne zeitliche Begrenzung

✓ Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

✓ Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

✓ Das vereinbarte Pflegeetagegeld wird auch während

1. einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
2. einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
3. einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und
4. während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung ohne Unterbrechung zur Verfügung gestellt.

✓ Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

Die „Helfer“ des Pflegeplans

Von einem Pflegefall ist meist die komplette Familie betroffen. Steht ein solches Ereignis bevor, ist neben der psychischen Belastung auch der organisatorische Aufwand für ein Leben mit der Pflegebedürftigkeit zu meistern. Daher stellt Ihr Versicherungsmakler Ihnen zwei kostenfreie persönliche „Pflegeplan-Helfer“ zur Seite, die Sie und Ihre Familie im Pflegefall oder auf Wunsch sogar schon vorher unterstützen.



Die WDS.care GmbH: Kostenfreie Beratung vor Ort durch Pflegeexperten

Die WDS.care GmbH ist spezialisiert auf den Bereich der Pflege-Assistance. Kommt es in der Familie zu einem Pflegefall, ist neben der psychischen Belastung auch der organisatorische Aufwand für ein Leben mit der Pflege zu meistern. Gemeinsam mit den Experten der WDS helfen wir Ihnen vor Ort, im Vorfeld eine anstehende Pflegebedürftigkeit und die damit verbundenen organisatorischen Widrigkeiten zu meistern.



Die Leistungen Ihrer „Helfer“ im Überblick
und wie diese beansprucht werden können

WDS.care

Vor Ort Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

- + Individuelle Unterstützung der Betroffenen
- + Information über Versorgungs- und Betreuungsangebote
- + Beratung bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes/
einer stationären Einrichtung
- + Beratung bei der Anpassung des Wohnumfelds
- + Unterstützung bei der Beantragung, Inanspruchnahme
und Koordination von notwendigen Leistungen
aus den unterschiedlichen Leistungssystemen
- + Beratung zur Finanzierung der häuslichen Versorgung
- + 24/7-Pflegehotline

Mit Ausstellung des Versicherungsscheines erhalten Sie von Ihrem Versicherungsmakler ein Zertifikat für eine vor Ort Pflegeberatung durch einen Experten der WDS.care GmbH.
Diese Leistung ist für Sie kostenfrei und kann einmalig in Anspruch genommen werden.



Kanzlei Michaelis: Im Pflegefall kostenfreie anwaltliche Erstberatung

Die Kanzlei Michaelis ist eine der führenden Anwaltskanzleien im Versicherungsrecht. Sie erhalten durch einen Fachanwalt der Kanzlei eine kostenfreie telefonische Erstberatung zur Erwirkung Ihrer Leistungsansprüche im Versicherungsfall. Ihren „Helfer“ erhalten Sie kostenfrei und nur bei Ihrem Versicherungsmakler.



Die Leistungen Ihrer „Helfer“ im Überblick und wie diese beansprucht werden können



KANZLEI MICHAELIS®
RECHTSANWÄLTE

Beratungs-Joker

- + Erstberatung aufgrund der mitgeteilten Informationen zu der abgeschlossenen Pflegeversicherung
- + Telefonische Erläuterung der Rechtsansprüche und Verhaltensanforderungen zu dem abgeschlossenen Pflege-Versicherungsvertrag
- + Telefonische Empfehlung, welche weiteren Maßnahmen und Verhaltensanforderungen anzuraten und umzusetzen sind
- + Telefonische Erstberatung zur Erwirkung eines Pflegegrades oder der Höherstufung eines bestehenden Pflegegrades durch den medizinischen Dienst

Mit Ausstellung des Versicherungsscheines erhalten Sie von Ihrem Versicherungsmakler ein Zertifikat für die telefonische anwaltliche Erstberatung zur Erwirkung Ihrer Leistungen im Pflegefall durch einen Anwalt der Kanzlei Michaelis. Diese Leistung ist für Sie kostenfrei und kann einmalig in Anspruch genommen werden.

Anlage zum Antrag

Rückfax an: 0221 430 966-22
oder per E-Mail an: antrag@kvwerk.de

Kontakt

KV Werk GmbH
Geschäftsführer: Jan Dinner
Bonner Str. 271
50968 Köln

Telefon: (0221) 430 966-20
Telefax: (0221) 430 966-22

info@kvwerk.de
www.kvwerk.de

Ich möchte folgende „Helfer“ für meinen Kunden kostenfrei mit einschließen.

- WDS.care GmbH – Die Beratung erfolgt vor Ort durch einen Pflegeexperten, auch wenn der Pflegefall noch nicht eingetreten ist.
- Kanzlei Michaelis – Telefonische anwaltliche Erstberatung im Versicherungsfall.

Kunde: **Maria Muster**

Versicherer: **Allianz**

Kontaktdaten Versicherungsmakler:

Firma **AssetSecur GmbH**

Vermittler-Nr. **123456**

Vorname, Name

Strasse und Nr. **Neuer Wall 10**

PLZ, Ort **20354 Hamburg**

Telefon **04035508840**

E-Mail **assetsecur@sieveking.de**

Ort, Datum

Firmenstempel und Unterschrift des Maklers