

Isolde Blau

Persönlicher
Pflegeplan

01.19
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!



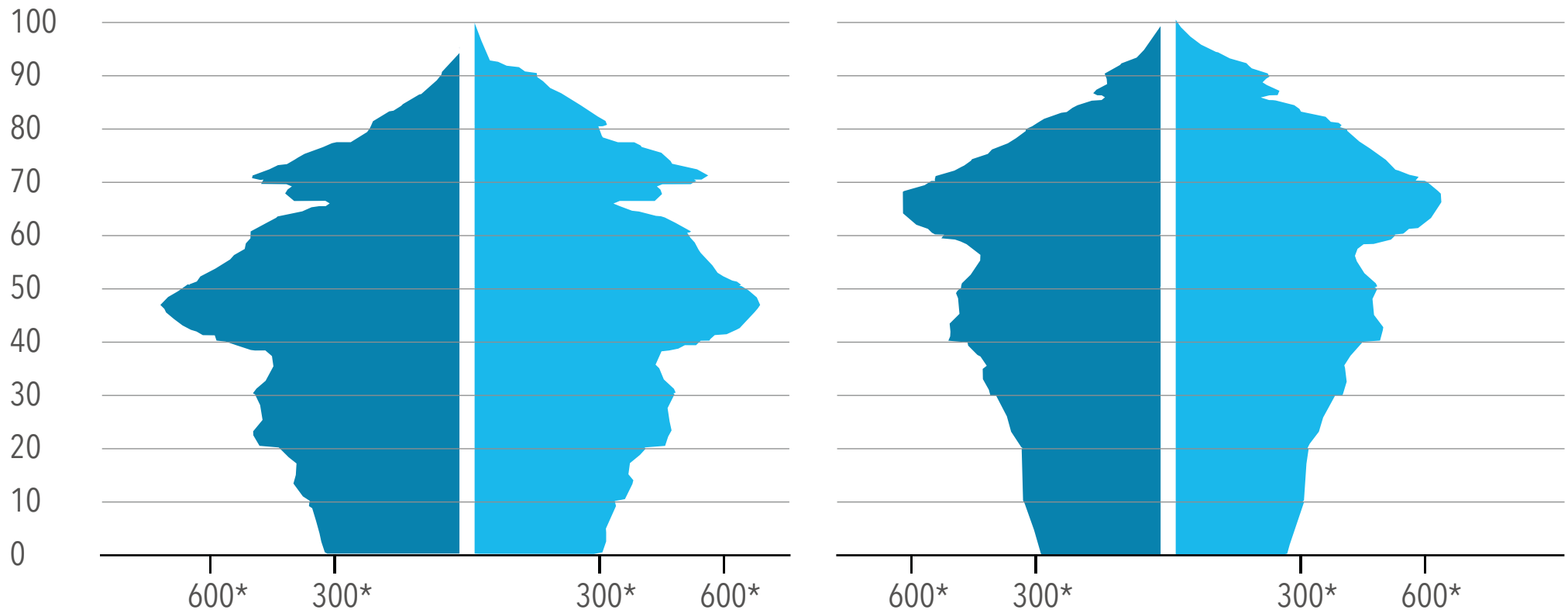
Altersstruktur in Deutschland

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

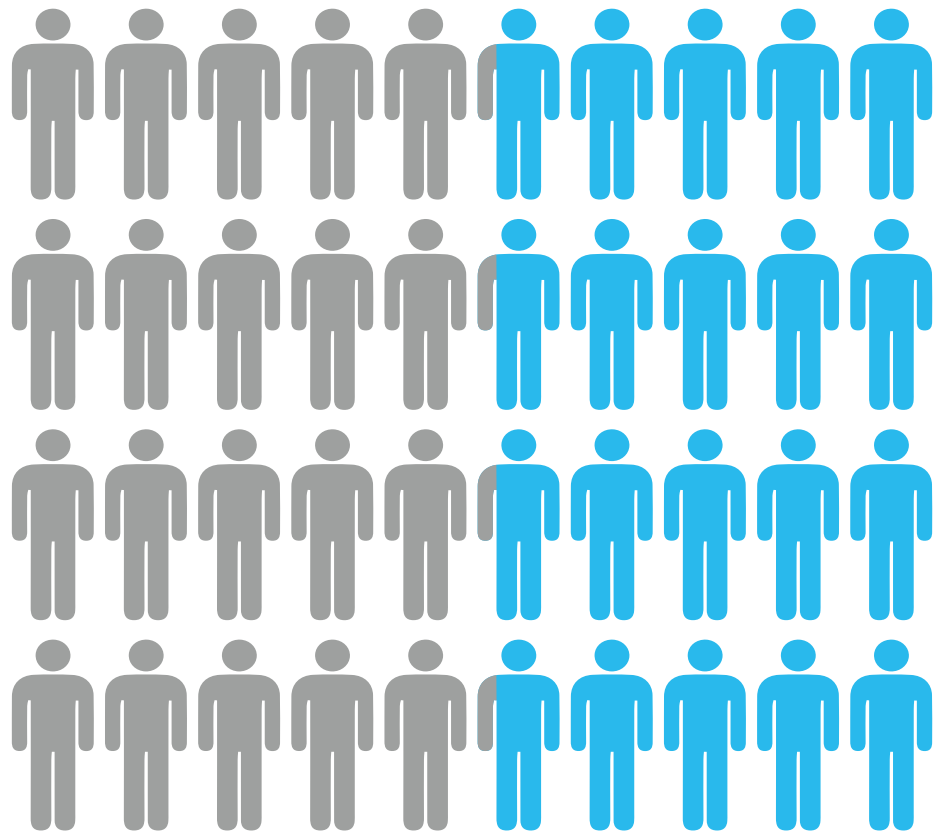
Quellen: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2015): Bevölkerungspyramide, <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide>.
Bundesministerium für Gesundheit (2016): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
Bertelsmann-Stiftung (2015): Pflegereport 2030, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/proje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



Für PKV Versicherte





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 €

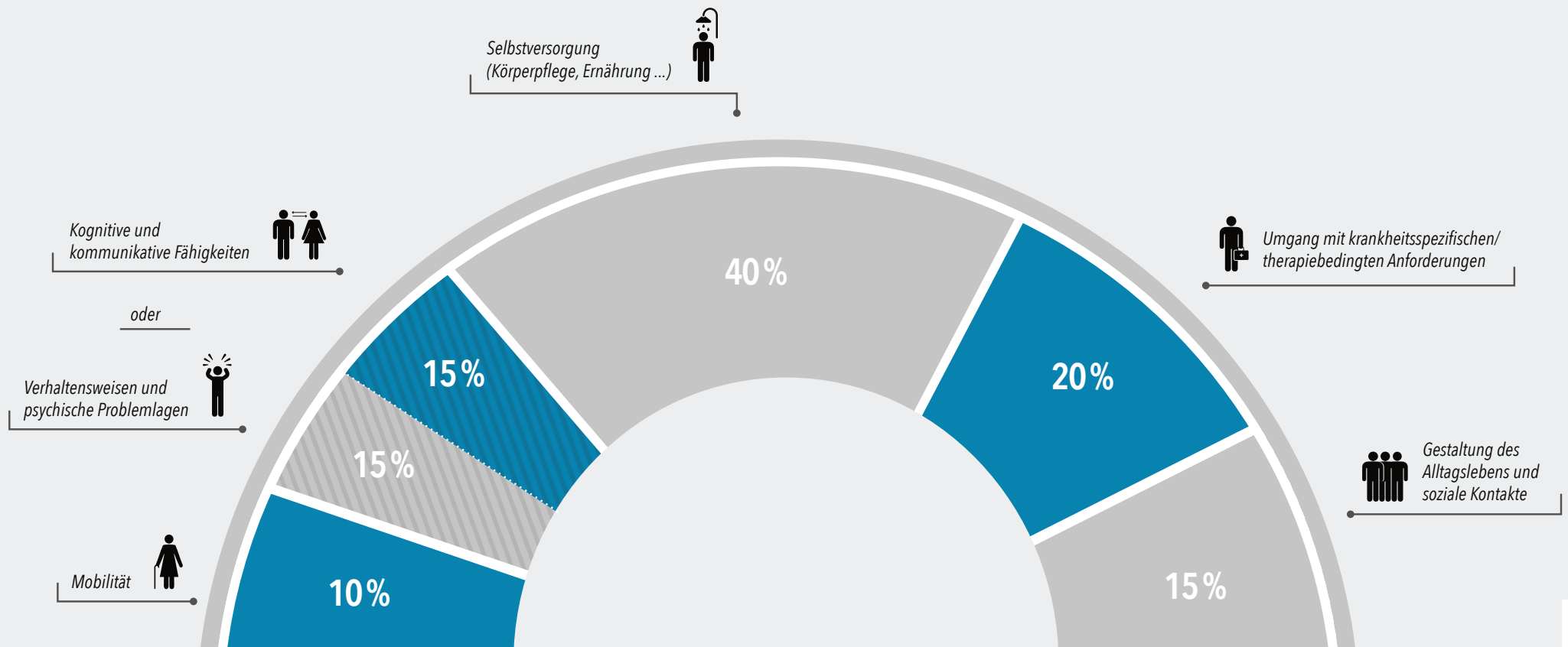
Bundesministerium für Gesundheit (2016): Alle Leistungen im Überblick

<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

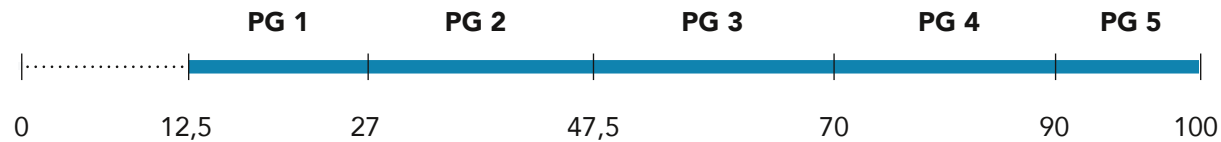
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 4

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

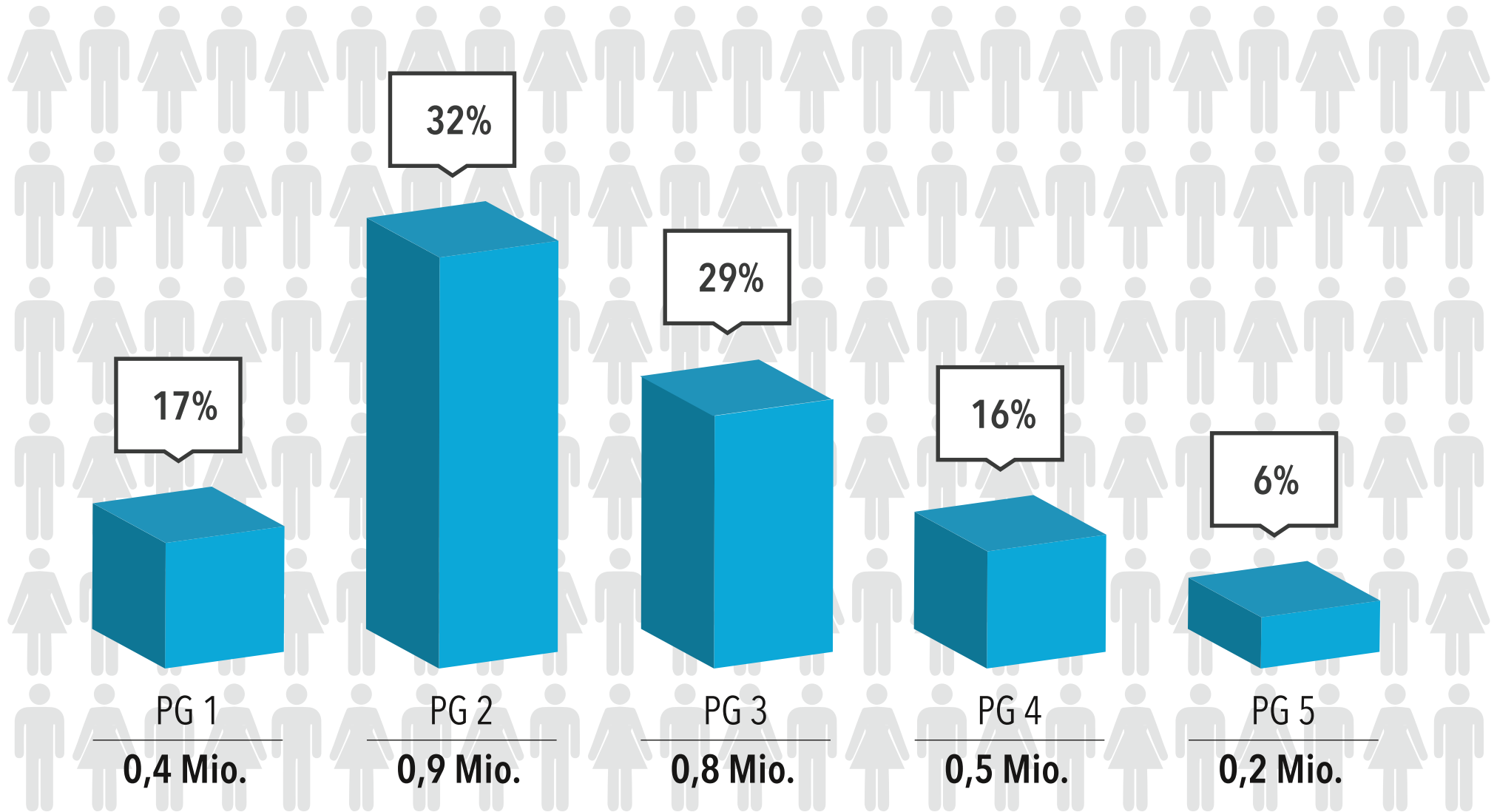
Pflegegrad 5

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



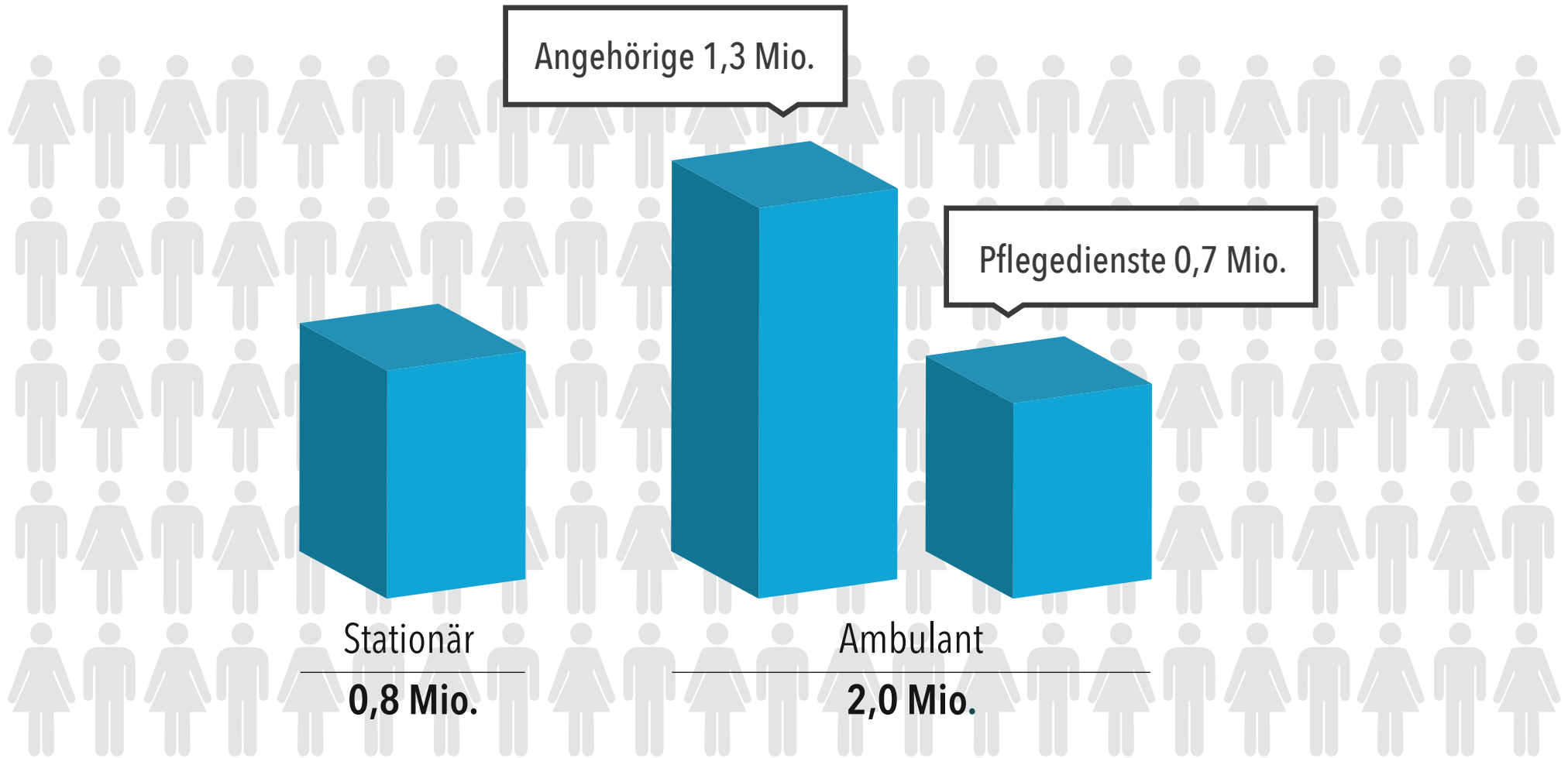


Welche Pflegegrade kommen am häufigsten vor?





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 Verdienstaufschläge durch die Aufgabe des Berufes.

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

Ambulante Pflege

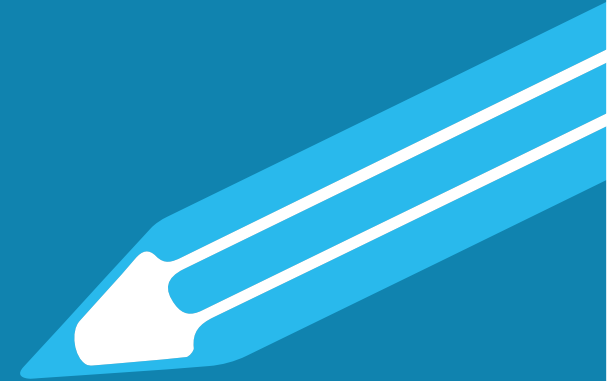
Die Pflege erfolgt durch einen ambulanten (professionellen) Pflegedienst zu Hause.



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?



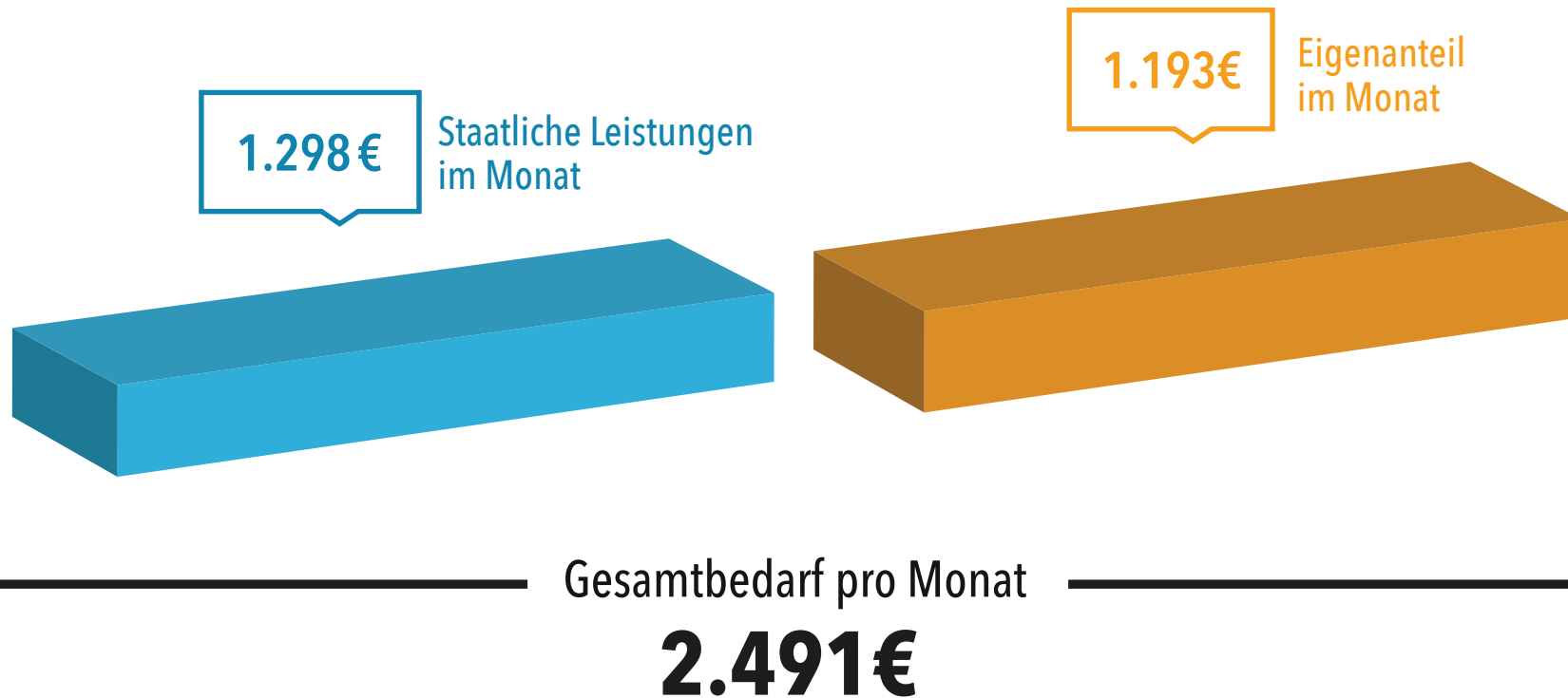
Reisen
Kultur
Infrastruktur
Geselligkeit
Eigenheim





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?



Persönlicher Pflegeplan

Isolde Blau

Menü 

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: Isolde Blau

Geburtsdatum: 22.01.1960

Bundesland: Thüringen

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegeart	laien	laien	ambulant	stationär	stationär
Pflegekosten ¹	250€*	720€	1782€	2756€	2986€*
Staatliche Leistung ²	0€	316€	1298€	1775€	2005€
Zuzahlung ³ 0€	0€	0€	0€	0€	0€
Versorgungslücke	250€	404€	484€	981€	981€

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 KVWerk GmbH keine Garantie und Haftung.



Gesundheitsprüfung Isolde Blau



PZTB



PIN



stat=Grad5 ohne LDyn



MediPG



OLGA 100% AR



Premium a < s + BF2



PAS



PGD ambulanz = stationär



PT



PTPU



Persönliche Angaben:

Geburtsdatum 22.01.1960

Größe 172 cm Gewicht 80 kg BMI 27

 Grad der Behinderung (GdB): < 50% 50% + X

Besteht oder bestand:

 Berufs- / Dienstunfähigkeit

 Erwerbsminderung / EU

 Minderung der Erwerbsfähigkeit

 Besteht eine Schwangerschaft?

 Pflegebedürftigkeit + Antrag auf Pflegebedürftigkeit

 Pflegezusatzantrag bereits abgelehnt?

 Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen

 Kriegs- /Wehrdienstbeschädigung / Invalidität

 anstehende Operationen in den nächsten 6 Monaten

 Aktuelle Behandlungen / Kontrolluntersuchung

 Geplante stationäre Behandlungen oder Reha-Maßnahmen

Gesundheitsfragen – Bitte zutreffendes ankreuzen

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

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

Isolde Blau

Versicherer:



Tarif:

PZTB

PIN

stat=Grad5 ohne LDyn

MediPG

OLGA 100% AR

Premium a < s + BF2

PAS

PGD ambulant = stationär

PT

PTPU

Geburtsdatum:

22.01.1960

Versicherungsbeginn:

01.02.2019

Versicherungsart:

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

amb. | stat.

Pflegegrad 5:	1050€/Monat = 35€/Tag	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€
Pflegegrad 4:	1050€/Monat = 35€/Tag	840€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	787.5€ 1050€	840€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	892.5€ 1050€
Pflegegrad 3:	600€/Monat = 20€/Tag	525€ 1050€	600€ 600€	600€ 1050€	600€ 1050€	735€ 1050€	525€ 1050€	630€ 1050€	600€ 600€	600€ 600€	600€ 600€	682.5€ 1050€
Pflegegrad 2:	450€/Monat = 15€/Tag	315€ 1050€	450€ 450€	450€ 1050€	450€ 1050€	315€ 1050€	262.5€ 1050€	315€ 1050€	450€ 450€	450€ 450€	450€ 450€	420€ 1050€
Pflegegrad 1:	300€/Monat = 10€/Tag	210€ 210€	300€ 300€	300€ 1050€	300€ 300€	105€ 105€	105€ 105€	105€ 105€	300€ 300€	300€ 300€	300€ 300€	52.5€ 52.5€

Monatsbeitrag

65,69€

79,71€

79,07€

94,35€

79,45€

84,23€

81,41€

88,53€

86,16€

92,05€

100% Leistung stationär bei Kurzzeitpflege

Ja

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Flexibler Schutz

Nein

Ja

Ja

Ja

Nein

Nein

Nein

Ja

Ja

Ja

Nein

Nachversicherungsgarantie

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Ja

Ja

Nein

Nein

Ja

Ja

Dynamik ohne Altersgrenze

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Dynamik im Leistungsfall ohne Altersgrenze

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Verzicht auf Wartezeiten

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

100% Leistung stationär bei Kurzzeitpflege

Ja

Nein

Nein

Ja

Ja

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Weltweite Leistungen

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Pflegebedürftigkeit durch Suchterkrankungen

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Einmalleistungen

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2

Nein

Nein

Ja

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Beitragsbefreiung (Arbeitslosigkeit und/oder AU)

Ja

Nein

Ja

Nein

Nein

Ja

Nein

Nein

Ja

Ja

Ja

Unbegrenzt rückwirkende Leistung

Ja

Ja

Ja

Ja

Nein

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Leistung stat. KH / Reha ohne zeitl. Begrenzung

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Ja

Helfer Pflegeplan (beitragsfreie Extraleistungen)

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

Summe Leistungspunkte

10

10

13

13

9

10

11

12

13

12

¹ Optional versicherbar - in dieser Berechnung nicht enthalten



Versicherbar



Individuelle Prüfung



Ablehnung



Leistungsvergleich TOP 4

Isolde Blau

Geburtsdatum: 22.01.1960

Versicherungsbeginn: 01.02.2019

Versicherer

Tarif

Versicherbarkeit

Versicherungsart

Pflegegrad 5

Pflegegrad 4

Pflegegrad 3

Pflegegrad 2

Pflegegrad 1

Monatsbeitrag

Leistungspunkte

Gewünschter Tarif

Tarif	stat=Grad5 ohne LDyn	PT	MediPG	PGD ambulant = stationär
Versicherbarkeit				
Versicherungsart	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.	amb. stat.
Pflegegrad 5	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€
Pflegegrad 4	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€	1050€ 1050€
Pflegegrad 3	600€ 1050€	600€ 600€	600€ 1050€	600€ 600€
Pflegegrad 2	450€ 1050€	450€ 450€	450€ 1050€	450€ 450€
Pflegegrad 1	300€ 1050€	300€ 300€	300€ 300€	300€ 300€
Monatsbeitrag	79,07€	86,16€	94,35€	88,53€
Leistungspunkte	13	13	13	12

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

Unterschrift Kunde

© KV Werk GmbH

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

* Der staatliche Zuschuss in Höhe von 5 € pro Monat ist in dem Gesamtbeitrag bereits berücksichtigt.

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 1-5 können auf die Höhe der Absicherung in Pflegegrade 5 erfolgen. Der Versicherer zahlt ein Pflegeitagegeld in Höhe des vereinbarten Tagessatzes des entsprechenden Pflegegrads.

Optional gegen Mehrbeitrag versicherbar.
- ✓ 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 1-5 können individuell abgesichert werden. Somit können die stationären Leistungen in den Pflegegraden 2-4 auf Höhe der Absicherung in Pflegegrad 5 angehoben werden. In Pflegegrad 1 können höchstens 1.000 EUR abgesichert werden. In den Pflegegraden 2-5 können höchstens 3.500 EUR abgesichert werden. Allerdings kann die ambulante Absicherung in dem jeweiligen Pflegegrad nicht höher sein als die stationäre. Optional gegen Mehrbeitrag versicherbar.

Flexibler Schutz

- ✓ Äußerst flexibler Tarif, bei dem jeder Pflegegrad, egal ob ambulant oder stationär, individuell abgesichert werden kann. Es besteht keine Abhängigkeit zwischen den einzelnen Pflegegraden.

Leistungen ambulante und stationäre in Pflegegrad 1-5 in Euro:

Ambulant: Pflegegrad 1: max. 600 Euro, Pflegegrad 2: 1.350 Euro, Pflegegrad 3: 2.250 Euro, Pflegegrad 4: 3.000 Euro, Pflegegrad 5: 3.750 Euro

Stationär: Pflegegrad 1 - 5: max. 3.750 Euro
- ✓ 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

Pflegeitagegeld für jeden Pflegegrad der abgesichert wird. Abschließbar ist das Pflegeitagegeld 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.
- ✓ Flexibler Tarif bei dem die gewünschte Absicherung für jeden Pflegegrad individuell festgelegt werden kann. Die Höchstsätze betragen 33 Euro (PG1u/PGD1u max. 1000 EUR) im Pflegegrad 1 und 116 Euro (PG2u-PG5u/PDG2u-PGD5u max. 3.500 EUR) in den Pflegegraden 2-5.



Nachversicherungsgarantie

✓ Das Pflegemonatsgeld kann einmalig in den versicherten Pflegegraden innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre maximal jedoch bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person oder aufgrund besonderer Lebensumstände der versicherten Person, wie Tod eines Kindes oder des Ehepartners, Scheidung oder beruflich bedingter Umzug, beitragswirksam ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30 % erhöht werden.

Die Nachversicherungsgarantie kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden, wobei auch Erhöhungen aus der Versicherungsdynamik berücksichtigt werden.

Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie wird der Beitrag neu ermittelt.

✗ 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 Pflegetagegeldes.

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

DEUTSCHE
Familienversicherung



vigo



Gothaer



SDK



Dynamik ohne Altersgrenze

- ✓ Das Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit alle 3 Jahre um 5 % oder auf Antrag um den statistischen Verbraucherpreisindex. Eine Altersbegrenzung gibt es nicht. Wird der Erhöhung zweimal in Folge widersprochen, behalten wir uns bei der nächsten Versicherungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.
- ✓ Der Versicherer bietet dem Kunden alle 3 Jahre die Möglichkeit das Pflegetagegeld 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 Pflegetagegeld 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.
- ✓ Das Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit alle 2 Jahre zum 1. des Monats des Versicherungsbeginns um 5% bis max. 5.000,-EUR. Voraussetzungen: - das Pflegegeld wurde in den letzten 24 Monaten nicht geändert - die Versicherung ist vor mindestens 24 Monaten abgeschlossen worden. Das Erhöhungsrecht entfällt, wenn 3 aufeinanderfolgenden Erhöhungen widersprochen worden ist. Das Erhöhungsrecht gilt auch für bereits pflegebedürftige Personen.



Dynamik im Leistungsfall ohne Altersgrenze

- ✓ Das Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit alle 3 Jahre um 10 %.
- ✓ Das Pflegetagegeld wird alle 12 Monate ab dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 um 3% der im Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung erhöht. Die Erhöhung erfolgt ohne Risikoprüfung und Wartezeit. Optional gegen Mehrbeitrag in Tarif Dyn versicherbar.
- ✓ Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld 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 Pflegetagegeldes erfolgt im Rahmen der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Höchstgrenzen. Das Pflegetagegeld 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.
- ✓ Das Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit alle 2 Jahre zum 1. des Monats des Versicherungsbeginns um 5% bis max. 5.000,-EUR. Voraussetzungen: - das Pflegegeld wurde in den letzten 24 Monaten nicht geändert - die Versicherung ist vor mindestens 24 Monaten abgeschlossen worden. Das Erhöhungsrecht entfällt, wenn 3 aufeinanderfolgenden Erhöhungen widersprochen worden ist. Das Erhöhungsrecht gilt auch für bereits pflegebedürftige Personen.

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.



100% Leistung stationär bei Kurzzeitpflege

- Der Pflegebedürftige erhält bei Kurzzeitpflege im Rahmen eines lfd. ambulanten Pflegetagegeldfalles und vorübergehender Kurzzeitpflege weiterhin die Leistung aus dem ambulanten Tarif. Bei erstmaliger Kurzzeitpflege und anschließend vollstationärer Pflege erhält der Pflegebedürftige die Leistung aus dem stationären Tarif.
- Für die Dauer der Kurzzeitpflege entspricht die Leistung der abgesicherten Höhe des stationären Pflegetagegeldes.
- Für die Dauer der Kurzzeitpflege entspricht die Leistung der abgesicherten Höhe des stationären Pflegetagegeldes.
- Für die Dauer der Kurzzeitpflege entspricht die Leistung der abgesicherten Höhe des stationären Pflegetagegeldes.

Weltweite Leistungen

- Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen nach diesen Versicherungsbedingungen bringen wir unabhängig davon, wo die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.
- 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.
- 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.



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

- ✓ Optional gegen Mehrbeitrag möglich.
 1) Für jede Ein- und Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad (ab Pflegegrad 1) von 1.000 Euro bis 4.000 Euro abschließbar.
 2) Bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit von 1.000 Euro bis max. 40.000 Euro abschließbar.
 Dabei wird bis zum vollendeten 65. Lebensjahr die abgesicherte Höhe erstattet.
 Sie kann während der Vertragslaufzeit nur einmal gezahlt werden.
- ✓ 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.
- ✓ Es kann optional gegen Mehrbeitrag im Tarif PGU eine Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit vereinbart werden. Abschließbar ist das Vielfache von 100 Euro (bis max. 10.000 Euro). Die Auszahlung ist bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit in Folge eines Unfalls 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.

Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2

- ✓ Bereits ab PG 1 möglich.
- ✓ 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 2 wird der Versicherungsnehmer von seiner Beitragspflicht befreit.



Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und/oder AU

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <p>✓ Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen AU oder AL besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der AL oder AU, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren (DFV Fürsorge-Garantien). Im Rahmen der Anwartschaftsversicherung kann der Tarif für bis 36 Monate ruhend gestellt werden.</p> | <p>✓ 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Falle einer außergewöhnlichen Notlage. - Im Falle einer neu eingetretenen Arbeits- oder Stellenlosigkeit. | <p>✗ Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten sind tariflich nicht geregelt.</p> | <p>✗ Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten sind tariflich nicht geregelt.</p> |
|--|---|--|--|

Unbegrenzt rückwirkende Leistung

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>✓ 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 Leistung rückwirkend bei verspätet gemeldeter Pflegebedürftigkeit unter Zugrundelegung der Leistungszusage der gesetzlichen bzw. privaten Pflegepflicht-versicherung.</p> | <p>✓ Es gibt keine zeitliche Anzeigepflicht bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsfall und die Leistungspflicht beginnen mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit.</p> | <p>✓ Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, in dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen.</p> | <p>✓ Es gibt keine zeitliche Anzeigepflicht bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsfall und die Leistungspflicht beginnen mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit.</p> |
|---|--|--|--|

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <p>✓ Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.</p> | <p>✓ Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.</p> | <p>✓ Das vereinbarte Pfl egetagegeld wird auch während</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus 2. einer stationären Rehabilitationsmaßnahme 3. einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung 4. während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung ohne Unterbrechung zur Verfügung gestellt. | <p>✓ Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.</p> |
|---|---|---|---|

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.

Ich beantworte Ihnen gerne alle Fragen zu Ihrem Pflegeplan.

Stefan Letsch

Gesunde Finanzberatung

Ernst-Thälmann-Straße 19
07333 Unterwellenborn

Telefon: 03671 - 6295023

Telefax: -

E-Mail: kontakt@derletsch.de