



Peter Heesen
Bundesvorsitzender



dbb
beamtenbund
und tarifunion

An die Mitglieder
der Einzelgewerkschaften des
dbb beamtenbund und tarifunion

Kinder haften für Ihre Eltern – warum Pflegebedürftige gut versorgt sein müssen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

derzeit sind über 2 Millionen (!) Menschen auf Pflegehilfe angewiesen. Von den 80-Jährigen sind heute bereits ein knappes Viertel pflegebedürftig. Und mit steigender Lebenserwartung besteht für alle von uns ein **beträchtliches Risiko, zum Pflegefall zu werden**.

Besonders der Schwerst-Pflegefall stellt ein **hohes finanzielles Risiko** dar: Bei der Pflegestufe III zahlt die gesetzlich vorgeschriebene Pflegeversicherung in der Regel höchstens 1.432 Euro. Ein Platz im Pflegeheim kann aber 4.000 Euro und mehr kosten – Tendenz steigend! Die Lücke ist von Ihnen privat zu tragen. Monat für Monat. Von der öffentlichen Hand ist keine Entlastung zu erwarten. Seit 1995 sind die Leistungen nicht an die stark steigenden Kosten angepasst worden. Schnell können die Pflegekosten so die **Ersparnisse eines ganzen Berufslebens und sogar das Erbe aufzehren!** Es droht die **Abhängigkeit von Angehörigen oder vom Sozialamt**. Kein schöner Gedanke – Sorgen Sie deshalb vor!

Ich freue mich, dass wir Ihnen über das dbb vorsorgewerk eine leistungsstarke, attraktive und einfache **Pflegeitagegeldversicherung** anbieten können. Bei Pflegestufe III bietet sie Ihnen diese Vorteile:

- **Preisgünstige Vorsorge für die finanzielle Unabhängigkeit im Pflegefall:**
Ein 55-Jähriger zahlt nur 24,56 Euro für 2.400 Euro Pflegeitagegeld pro Monat. Damit gehört der Tarif zu den Besten im Markt!
- **Vertraglich garantierte Leistungen ab dem ersten Tag – keine Warte- und Karenzzeiten!**
- **Nur zwei einfache Gesundheitsfragen.**
- **Beitragsfreiheit im Leistungsfall.**
- **Das versicherte Pflegeitagegeld steht zu Ihrer freien Verfügung, auch bei Pflege durch Ihre Angehörigen.**

Ihr besonderer Produktvorteil dank Mitgliedschaft in einer Einzelgewerkschaft des dbb beamtenbund und tarifunion: Sie können **ohne Mehrbeitrag** unseren **medizinischen Kundendienst** nutzen. Anruf genügt, und schon stehen Ihnen Gesundheitsexperten in allen Fragen rund um Ihre Pflege und Gesundheit zur Seite. An 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr – so oft Sie wollen! Damit Pflegebedürftigkeit erst gar nicht eintritt.

Schützen Sie sich und Ihre Kinder schon heute vor den hohen finanziellen Belastungen im Pflegefall! **Später zahlen Sie wesentlich höhere Beiträge** oder riskieren gar, wegen einer mittlerweile eingetretenen Erkrankung keinen Vertrag mehr zu bekommen! Dies rät auch die Stiftung Warentest. Mit dem vorbereiteten Antrag auf den nächsten Seiten ist die Absicherung gegen Pflegerisiken ganz einfach.

Mit freundlichen Grüßen

Peter Heesen
Bundesvorsitzender



Schützen Sie Ihr Vermögen und Ihr Erbe im Pflegefall!

Nutzen Sie die attraktiven Vorteile der Pfl egetagegeld-Versicherung aus dem dbb vorsorgewerk. Exklusiv für Sie als Mitglied und für Ihre Angehörigen.



Beitragstabelle Pfl egetagegeld PTG 3 Monatliche Beiträge für Pfl egetagegeld ab Pflegestufe III

Pfl egetagegeld pro Tag und im Monat

Eintrittsalter	Männer			Frauen		
	100,00 € 3.000,00 €	80,00 € 2.400,00 €	60,00 € 1.800,00 €	100,00 € 3.000,00 €	80,00 € 2.400,00 €	60,00 € 1.800,00 €
bis 20	5,00 €	4,00 €	3,00 €	5,00 €	4,00 €	3,00 €
21	7,20 €	5,76 €	4,32 €	11,30 €	9,04 €	6,78 €
22	7,40 €	5,92 €	4,44 €	11,80 €	9,44 €	7,08 €
23	7,70 €	6,16 €	4,62 €	12,30 €	9,84 €	7,38 €
24	7,90 €	6,32 €	4,74 €	12,90 €	10,32 €	7,74 €
25	8,20 €	6,56 €	4,92 €	13,40 €	10,72 €	8,04 €
26	8,50 €	6,80 €	5,10 €	14,00 €	11,20 €	8,40 €
27	8,80 €	7,04 €	5,28 €	14,60 €	11,68 €	8,76 €
28	9,10 €	7,28 €	5,46 €	15,30 €	12,24 €	9,18 €
29	9,40 €	7,52 €	5,64 €	15,90 €	12,72 €	9,54 €
30	9,80 €	7,84 €	5,88 €	16,60 €	13,28 €	9,96 €
31	10,20 €	8,16 €	6,12 €	17,30 €	13,84 €	10,38 €
32	10,60 €	8,48 €	6,36 €	18,10 €	14,48 €	10,86 €
33	11,00 €	8,80 €	6,60 €	18,90 €	15,12 €	11,34 €
34	11,40 €	9,12 €	6,84 €	19,80 €	15,84 €	11,88 €
35	11,90 €	9,52 €	7,14 €	20,60 €	16,48 €	12,36 €
36	12,40 €	9,92 €	7,44 €	21,60 €	17,28 €	12,96 €
37	12,90 €	10,32 €	7,74 €	22,60 €	18,08 €	13,56 €
38	13,40 €	10,72 €	8,04 €	23,60 €	18,88 €	14,16 €
39	14,00 €	11,20 €	8,40 €	24,80 €	19,84 €	14,88 €
40	14,60 €	11,68 €	8,76 €	25,90 €	20,72 €	15,54 €
41	15,20 €	12,16 €	9,12 €	27,20 €	21,76 €	16,32 €
42	15,90 €	12,72 €	9,54 €	28,50 €	22,80 €	17,10 €
43	16,60 €	13,28 €	9,96 €	29,90 €	23,92 €	17,94 €
44	17,40 €	13,92 €	10,44 €	31,40 €	25,12 €	18,84 €
45	18,20 €	14,56 €	10,92 €	32,90 €	26,32 €	19,74 €
46	19,10 €	15,28 €	11,46 €	34,60 €	27,68 €	20,76 €
47	20,10 €	16,08 €	12,06 €	36,40 €	29,12 €	21,84 €
48	21,10 €	16,88 €	12,66 €	38,30 €	30,64 €	22,98 €
49	22,20 €	17,76 €	13,32 €	40,30 €	32,24 €	24,18 €
50	23,30 €	18,64 €	13,98 €	42,40 €	33,92 €	25,44 €
51	24,60 €	19,68 €	14,76 €	44,60 €	35,68 €	26,76 €
52	26,00 €	20,80 €	15,60 €	47,00 €	37,60 €	28,20 €
53	27,40 €	21,92 €	16,44 €	49,60 €	39,68 €	29,76 €
54	29,00 €	23,20 €	17,40 €	52,30 €	41,84 €	31,38 €
55	30,70 €	24,56 €	18,42 €	55,20 €	44,16 €	33,12 €
56	32,50 €	26,00 €	19,50 €	58,40 €	46,72 €	35,04 €
57	34,50 €	27,60 €	20,70 €	61,70 €	49,36 €	37,02 €
58	36,70 €	29,36 €	22,02 €	65,20 €	52,16 €	39,12 €
59	39,00 €	31,20 €	23,40 €	69,00 €	55,20 €	41,40 €
60	41,40 €	33,12 €	24,84 €	73,10 €	58,48 €	43,86 €
61	44,00 €	35,20 €	26,40 €	77,50 €	62,00 €	46,50 €
62	46,90 €	37,52 €	28,14 €	82,20 €	65,76 €	49,32 €
63	49,90 €	39,92 €	29,94 €	87,20 €	69,76 €	52,32 €
64	53,20 €	42,56 €	31,92 €	92,70 €	74,16 €	55,62 €
65	56,70 €	45,36 €	34,02 €	98,60 €	78,88 €	59,16 €
66	60,50 €	48,40 €	36,30 €	105,00 €	84,00 €	63,00 €
67	64,60 €	51,68 €	38,76 €	112,00 €	89,60 €	67,20 €
68	69,10 €	55,28 €	41,46 €	119,60 €	95,68 €	71,76 €
69	73,80 €	59,04 €	44,28 €	128,00 €	102,40 €	76,80 €
70	79,10 €	63,28 €	47,46 €	137,10 €	109,68 €	82,26 €
71	84,70 €	67,76 €	50,82 €	147,10 €	117,68 €	88,26 €
72	90,80 €	72,64 €	54,48 €	158,10 €	126,48 €	94,86 €
73	97,60 €	78,08 €	58,56 €	170,40 €	136,32 €	102,24 €
74	105,20 €	84,16 €	63,12 €	183,90 €	147,12 €	110,34 €
75	113,40 €	90,72 €	68,04 €	198,90 €	159,12 €	119,34 €

Das Eintrittsalter berechnet sich aus Beginnjahr 2006 minus Geburtsjahr:
2006 minus z.B. 1941 = 65. Höchsteintrittsalter ist 75.

Zusätzlich dank Mitgliedschaft: Viele medizinische Serviceleistungen

Neben einem hervorragenden Versicherungsschutz erhalten Sie als Mitglied zusätzlich und ohne Mehrbeitrag auch umfassende medizinische Dienstleistungen rund um das Thema Pflege und Gesundheit. Ärzte/Ärztinnen und Gesundheitsberaterinnen unseres medizinischen Expertenteams stehen Ihnen telefonisch **an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr** zur Verfügung. So sieht Ihre Unterstützung konkret aus:

Exklusiv für Sie als Mitglied

- **Medizinische Informationen zu Erkrankungen, Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden**
- **Nennung der Adressen von geeigneten Behandlern**
- **Abklärung von geplanten Stationäraufenthalten – ob in geplanter Form sinnvoll oder ob es ggf. Alternativen gibt**
- **Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung**
- **Durchführung von Arzt-zu-Arzt-Gesprächen**
- **Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt, sofern Fragen unbeantwortet sind oder Fragen zur Behandlung bestehen**
- **Medizinische Informationen zu Gegenindikationen, Wechsel- und Nebenwirkungen und Alternativen bei Medikamenten**
- **Informationen zu allgemeinen Gesundheitsfragen, Vorsorgemaßnahmen und gesundheitsorientierter Lebensführung**
- **Zahnmedizinische Informationen**
- **Terminvereinbarung bei Ärzten**

Übrigens: Steuerlich absetzbar

Die monatlichen Beiträge der Pfl egetagegeld-Versicherung sind als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen des § 10 Abs. 4 EStG (Einkommensteuergesetz) absetzbar.

Den Antrag ausfüllen – so einfach geht's!

- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und gut leserlich aus.
- Wählen Sie Ihren Versicherungsbeginn, kreuzen Sie das gewünschte Pfl egetagegeld an und tragen Sie Ihren entsprechenden Monatsbeitrag (siehe Tabelle) ein. Wichtig: Ihr Eintrittsalter ist 2006 minus Geburtsjahr, auch wenn rein rechnerisch tatsächlich anders.
- Bitte die Unterschrift nicht vergessen.
- Schicken Sie den ausgefüllten Antrag im Kuvert zurück oder noch schneller **per Fax an (030) 40 81 - 64 99**.

Für Ihre Fragen zum Antrag steht Ihnen auch unser **Service-Team unter (0180) 52 22 170** (12 ct/Minute) gerne zur Verfügung. Montag bis Freitag 8.00 - 18.00 Uhr.

Diese Nummer sollten Sie auch wählen, wenn Sie ein anderes Pfl egetagegeld wünschen (max. 100,- Euro).



dbb
vorsorgewerk
günstig ■ fair ■ nah

Für weitere Antragsteller (Angehörige) kopieren Sie bitte das Antragsformular.



Ihr Antrag auf Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PTG 3

Für Mitglieder und deren Angehörige der Einzelgewerkschaften des dbb beamtenbund und tarifunion

Antrag stellende Person
(= Versicherungsnehmer = versicherte Person)

Name/Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	Familienstand
Straße/Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		Telefon/Telefax privat	
PLZ/Wohnort (1. Wohnsitz)		Telefon/Telefax geschäftlich	
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		Nationalität	
Beruf/Dienstbezeichnung	genaue Tätigkeitsbeschreibung	Gewerkschaft/Verband	
<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger

Ich beantrage den Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung und wähle das nachstehend angekreuzte Angebot. **Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.**

Versicherungsbeginn: 01. . . . 2006

Ja, ich wähle das folgende EXTRA-PFLEGE-GELD (bitte ankreuzen)

	<input type="checkbox"/> Angebot 1	<input type="checkbox"/> Angebot 2	<input type="checkbox"/> Angebot 3
Pflegetagegeld am Tag bei Pflegestufe III	100,00 EUR	80,00 EUR	60,00 EUR
Pflegetagegeld im Monat bei Pflegestufe III	3.000,00 EUR	2.400,00 EUR	1.800,00 EUR
Ihr Monatsbeitrag (s. Eintrittsalter Tabelle)			

Einzugs-ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)
Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag von meinem Konto abgebucht wird.		Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bestehende bzw. abgelehnte Versicherungen

Pflegetagegeld/Pflegerente (mtl. Rente)	wo?	seit wann oder abgelehnt?	Tagegeldhöhe in EUR

Gesundheitsfragen

1. Beziehen Sie bereits Leistungen aufgrund einer Pflegebedürftigkeit oder sind solche beantragt? ja nein
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? ja nein
Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt), Krebserkrankung, HIV-Infektion, Psychische sowie neurologische Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Krankheit, Schizophrenie, Depression, Schlaganfall, Hirnblutung, Demenz, Multiple Sklerose), Niereninsuffizienz, Suchterkrankung, erblich bedingte Muskelerkrankung, Diabetes mellitus

Wird eine Frage mit "ja" beantwortet, ist eine Annahme des Antrages aus versicherungsmedizinischen Gründen nicht möglich.

Bitte beachten Sie die Schluss-erklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen. Sie enthalten unter anderem die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf Widerruf und Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr

Interne Angaben

GD	VEBAS-Nr.	GSG	ZUW	VK
4 4 9	7 0 4 8 2 0 0 4 2	Ö D	3 0 0 1	3 5 7

Schlusserklärungen der Antrag stellenden und der zu versichernden Person:

Allgemeine Hinweise und Erklärungen	Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, www.bafin.de.	Die Anschrift des Ombudsmanns für private Kranken- und Pflegeversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin. Soweit Vorteilsbedingungen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerkschaft/einem Verein abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation	ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.
Annahmefrist	Für die Annahme des Antrages bestimme ich eine Frist von 6 Wochen; mein Widerrufs-	oder Widerspruchsrecht bleibt davon unberührt.	
Gesundheitsangaben	In § 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I) ist folgendes geregelt: „Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsmittler nicht bevollmächtigt.“ Die Gesundheitsfragen sind daher schriftlich zu beantworten. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen	sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistungen verweigern. Falls der Antragsteller gewisse Angaben in diesem Antragsformular nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand (Anschrift siehe	Versicherungsträger) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen. Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen.
Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz	Ich willige ferner ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch , unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig bean-	tragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein , dass die Versicherer der DBV-Winterthur-Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, meine allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Antragsannahme und Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und	jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein , dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur , wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.
Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)	Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformation nach § 10a VAG. Diese	werden Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt; auf Wunsch können sie auch schon bei Antragstellung ausgehändigt werden.	
Versicherungsträger	DBV-Winterthur Krankenversicherung Aktiengesellschaft Zentraldirektion: Frankfurter Straße 50 65172 Wiesbaden	Sitz Wiesbaden (AG Wiesbaden - 21 HRB 10120 -) Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Knud Teichmann	Vorstand: Dr. Frank Keuper (Vors.), Wolfgang Hanssmann, Hans Joachim Krauß, Thomas Leicht, Anette Rosenzweig, Dr. Andreas Schaaf, Dr. Jan Martin Wicke, Dr. Paul Verhoeven (stv.).

Alles ausgefüllt und die Unterschrift nicht vergessen?

Schicken Sie den ausgefüllten Antrag noch heute zurück.

Im Fensterkuvert oder noch schneller per Fax an (030) 40 81- 64 99

Antwort

dbb vorsorgewerk GmbH
Antragsbearbeitung
Friedrichstraße 165
D-10117 Berlin



ddb
vorsorgewerk
günstig • fair • nah