

DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE

Datum: _____

Besteht beim MÜNCHENER VEREIN bereits eine Versicherung? Falls ja, Versicherungsnummer: _____

Zu versichernde Person :

Beginn: **01.** _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich

Gesetzlich versichert bei: _____

Möglicher Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand unverheiratet verheiratet

derzeitige Tätigkeit/ausgeübter Beruf _____ seit: _____

Selbstständig Arbeitnehmer(in)

Telefon privat (freiwillige Angabe) _____

Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe) _____

Telefax (freiwillige Angabe) _____

Email _____

Geldinstitut für den Beitragseinzug: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE

Leistungen für **ambulante und stationäre** Pflege

Pflegezeitgeld ab Pflegestufe I (Tarif 421)		EUR	
Zusätzlich Pflegezeitgeld ab Pflegestufe II (Tarif 422)		EUR	
Zusätzlich Pflegezeitgeld ab Pflegestufe III (Tarif 423)		EUR	
Zusätzlich 10 EUR Pflegezeitgeld ab Pflegestufe 0	<input type="checkbox"/>	EUR	
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> ab Stufe 0		

Bitte lassen Sie sich vom Kunden folgendes bestätigen:

1. Für keine der zu versichernden Personen besteht eine Pflegebedürftigkeit und es wurde niemals ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt.
2. Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch aus Tarif 421-423, 426-428 bzw. 425 gegeben ist, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert ist bzw. jemals vor Antragstellung diagnostiziert wurde:
Demenz (Alzheimer, vaskuläre Demenz), Hirntumor, Parkinson-Krankheit, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Schlaganfall, Chorea Huntington, Kreuzfeld-Jacob, HIV-Infektion, Bösartiger Tumor (Diagnosestellung in den letzten 3 Jahren - außer Hautkrebs), Niereninsuffizienz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Leberzirrhose, Osteoporose, Arteriosklerose.
3. Ich bestätige, dass für die zu versichernden Personen eine deutsche gesetzliche bzw. private Pflegepflichtversicherung besteht.
4. Des Weiteren bestätige ich, dass keine sonstige ergänzende Pflegezeitgeldversicherung bei einem anderen Versicherer über den Versicherungsbeginn hinaus besteht.