

Bestens versorgt im Pflegefall und bei Demenz

Datum _____

Besteht beim Münchener Verein bereits eine Versicherung? Falls ja, Versicherungsnummer _____

Zu versichernde Person

Beginn 01. _____

Titel _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich

Krankenversichert bei _____ Körpergröße _____

Soziale / Private Pflegeversicherung bei _____ Körpergewicht _____

Geburtsname (falls abweichend)* _____ Body Mass Index (BMI) _____

Geburtsort* _____

Staatsangehörigkeit* _____

Renten-/Sozialvers.-Nummer _____

Berechnung BMI:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

*wird für den Antrag auf Erhalt der staatlichen Zulage benötigt

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) _____

E-Mail _____

Geldinstitut für den Beitragseinzug _____

IBAN _____ BIC _____

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

(bei staatlicher Förderung nur monatlich möglich)

Deutsche Demenzversicherung			
Gewünschte Leistungen			In Höhe von
Demenzgeld monatlich			€
Beitrag			€
Deutsche PrivatPfleger			
Gewünschte Leistungen <small>(Pflegegeld bei 30 Tagen pro Monat)</small>	Ambulante Pflege	Vollstationäre Pflege	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 5	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 4	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 3	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 2	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 1	€	€	€
<input type="checkbox"/> Ja, mit Aufbautarif zur FörderPfleger (staatliche Förderung)			Beitrag €
			Beitrag €
Ergänzende Absicherung:			
<input type="checkbox"/> Ja, Beitragsbefreiung gewählt	ab Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> oder 4 <input type="checkbox"/>		€
<input type="checkbox"/> Ja, Einmalleistung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 gewünscht	In Höhe von	€	€
<input type="checkbox"/> Ja, Einmalleistung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 gewünscht	In Höhe von	€	€
<input type="checkbox"/> Ja, Option auf Höherversicherung bei Eintritt eines bestimmten Ereignisses			€
<i>*Die staatliche Förderung in Höhe von 5 Euro monatlich pro versicherte Person ist hier bereits berücksichtigt.</i>			Beitrag* €
FörderPfleger			
Gewünschte Höhe des Pflegegeldes	Ambulante Pflege	Vollstationäre Pflege	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 5	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 4	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 3	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 2	€	€	
Pflegegeld monatlich bei Pflegegrad 1	€	€	
Beitrag			€
Gesamtbeitrag gemäß Zahlungsweise			€

Für den Abschluss der Deutschen PrivatPflege ohne Wartezeit und der Deutschen Demenzversicherung mit 3 Jahren Wartezeit gelten folgende Voraussetzungen:

**Keine Gesundheitsprüfung durch
Ausschluss bestimmter schwerer
Vorerkrankungen**

Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch besteht, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung:

- Bereits Pflegebedürftigkeit besteht oder bereits ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt wurde
- Keine deutsche gesetzliche Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung) besteht
- Für die zu versichernde Person ein Antrag auf eine Pflegezusatzversicherung innerhalb der letzten 5 Jahre von einem Versicherungsunternehmen abgelehnt wurde
- Bei der zu versichernden Person eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von über 50 besteht

Ausschluss bestimmter schwerer Vorerkrankungen

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

1. **Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems:**
 - Alzheimer
 - Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
 - Apallisches Syndrom (Wachkoma)
 - Bewegungskordinationsstörungen (Ataxien)
 - Creutzfeld-Jacob
 - Demenz
 - Epilepsie
 - Hydrozephalus
 - Multiple Sklerose
 - Myasthenia gravis
 - Parkinson-Krankheit
 - Schlaganfall
 - Querschnittslähmung
2. **Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems:**
 - Arterienaneurysma
 - Herzinfarkt
 - Herzinsuffizienz
 - Herzklappenerkrankung
 - Koronarsklerose
 - Periphere arterielle Verschlusskrankheit
3. **Erkrankungen innerer Organe und Stoffwechselerkrankungen:**
 - Insulinpflichtiger Diabetes mellitus
 - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
 - Niereninsuffizienz
 - Leberzirrhose
 - Mukoviszidose
4. **Erkrankungen des Immunsystems:**
 - HIV-Infektion, AIDS
5. **Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:**
 - Arthrose
 - Muskeldystrophie
 - Rheuma
6. **Genetische Erkrankungen:**
 - Chorea Huntington
 - Down-Syndrom (Trisomie 21)
7. **Sonstige Erkrankungen:**
 - Adipositas ab Grad II (BMI > 35)
 - Chronische offene Wunden
 - Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente)
 - Vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern (z.B. Rötetelembryopathie, Zytomegalie-Virus, Toxoplasmose, medikamenten-induzierte Schäden, Alkohol-, Drogenmissbrauchsschäden)
 - Autismus
 - Psychische Erkrankungen*

Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch besteht, wenn innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung die Erstdiagnose oder die erneute Diagnose (Rezidiv) bösartiger Neubildungen (bösartige Tumore) oder Hirntumor erfolgte; diese Einschränkung gilt jedoch nur, wenn mir diese ärztliche Diagnose bei Antragstellung bekannt ist und die Krankheit für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zumindest mitursächlich ist. Wenn ausschließlich Hautkrebs diagnostiziert wurde, ist ein Leistungsanspruch jedoch nicht ausgeschlossen.

***Hinweise zu psychischen Erkrankungen:**

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

Sofern staatliche Förderung gewünscht, gilt zum Tarif FörderPflege (Tarif 490): Es besteht keine anderweitige Versicherung mit Anspruch auf die staatliche Pflegevorsorgezulage. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Hinweis für unsere Vertriebspartner:

- Die Ausschlussdiagnosen werden online im Abschlussprozess aufgeführt
- Eine Bestätigung durch Unterschrift des Kunden ist nicht erforderlich, es sei denn für Ihre Unterlagen

Das nachfolgende Unterschriftsfeld dient Ihnen zur Dokumentation. Es stellt dadurch jedoch keinen Antrag dar und ersetzt nicht den Online-Antragsprozess.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)