

Ausfüllhilfe

Antrag Pflegegeldversicherung BASIS

Ges.	Abschluss-VP	Abschluss-Ordnung	%-Anteil	VS-Versand über AST	Eingang AST	Weitergabe an HV
------	--------------	-------------------	----------	---------------------	-------------	------------------



ARAG Pflege-Zusatzversicherung

Neuantrag Änderungsantrag, Versicherungs-Nr. _____

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen den Abschluss/die Änderung einer Pflege-Zusatzversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG.

Versicherungsnehmer, Antragsteller	<input type="checkbox"/> Herr (Name, Vorname, Titel)	Geburtsdatum	Nationalität	<input type="checkbox"/> led.
	<input type="checkbox"/> Frau			<input type="checkbox"/> verh.
	Straße, Haus-Nummer	Adresszusatz		
	PLZ	Wohnort	Telefon	
Berufsort	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger		Derzeit ausgeübter Beruf und Branche	Wenn selbstständig, seit wann?

1

Beitragszahlung	<input type="checkbox"/> Ich wünsche die widerrufliche Abbuchung meiner Beiträge von folgendem Konto Geldinstitut mit genauer Anschrift	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Überweisung Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller	
	Bankleitzahl	Konto-Nr. (kein Sparkonto)	Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller
Abbuchung	<input type="checkbox"/> zum 01. eines Monats <input type="checkbox"/> zum 15. eines Monats		
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich (4 % Skonto) <input type="checkbox"/> ½-jährlich (2 % Skonto) <input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> monatlich		

2

Zu versichern, wenn nicht Antr.	<input type="checkbox"/> Herr (Name, Vorname, Titel)	Geburtsdatum	Nationalität	<input type="checkbox"/> led.
	<input type="checkbox"/> Frau			<input type="checkbox"/> verh.
	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger	Derzeit ausgeübter Beruf und Branche	Wenn selbstständig, seit wann?	

3

Tarife und Beiträge	<input type="checkbox"/> Tarif 68 Lstg.-Stufe _____	<input type="checkbox"/> Tarif 69 Euro/Taq _____	<input type="checkbox"/> Tarif 68 und 69* 68 Lstg.-Stufe _____ und 69 Euro/Taq _____
* Die Tarife 68 und 69 können in Kombination bis jeweils maximal zur Hälfte ihrer Höchstgrenze abgeschlossen werden. Die Höchstgrenzen beim gemeinsamen Abschluss sind somit: Tarif 68 maximal mit 100% Erstattung (Lstg.-Stufe 685) und Tarif 69 mit höchstens 50 Euro Pflegegeld.			

4

Versicherungsbeginn und Gesamtbeitrag	Versicherungsbeginn (zugleich Monat der Beitragsfälligkeit)	Datum	Monatlicher Gesamtbeitrag Euro
	0 1	2 0 0	

5

Fragen an die zu versichernde Person	1. Besteht eine gesetzliche oder private Pflege-Pflichtversicherung? Name und Anschrift der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	2. Besteht anderweitig eine Pflege-Zusatzversicherung? Wenn ja, wo? Art, Höhe und Umfang <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	3. Körpergröße und Körpergewicht: Größe/cm _____ Gewicht/kg _____
	4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Unfallfolgen, Beschwerden, Fehlbildungen, sonstige Gesundheitsstörungen, eine anerkannte Behinderung oder sind Behandlungen beabsichtigt bzw. angeraten (z.B. Amputation, Bandscheibenschädigungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, der Gelenke, der Harn- und Geschlechtsorgane, Sterilität, Infertilität, der Verdauungsorgane, der Nerven, Herz- und Kreislauferkrankungen, Rückgratverkrümmung, Hüftdysplasie, psychische Erkrankungen, Diabetes, Allergien, Tumore, HIV-Infektion)? Krankheit, Unfallverletzung, Beschwerden, Behandlungszeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	5. War in den letzten 5 Jahren eine Krankenhausbehandlung, ein Kuraufenthalt oder ein Aufenthalt in Sanatorien, Heilanstalten etc. erforderlich? Wann, wo, weshalb, welche Operationen erfolgten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	6. Werden oder wurden in den letzten 12 Monaten Medikamente verordnet? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	7. a) Haben Sie einen Arzt / Heilpraktiker, der uns über Ihre Gesundheitsverhältnisse der letzten 3 (amb.) bzw. 5 Jahre (stat.) am besten Auskunft geben kann? Name und Anschrift des Arztes / Heilpraktikers <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) Wann und weshalb wurde dieser zuletzt in Anspruch genommen? Wann _____ Weshalb _____

6

Wichtig für den Antragsteller/die zu versichernde Person
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person. Diese Erklärung enthält Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussklärung zum Inhalt dieses Antrags. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. Sie willigen ein, dass über Sie Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermittelt. Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrags bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformation in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) ohne Angabe von Gründen widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zahlung durch Bankinzug nach Annahmeerklärung durch den Versicherer die erste Monatsprämie auch vor Ablauf meiner Widerspruchsfrist eingezogen werden darf. Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Unterschriften (Vor- und Nachname)	Ort, Datum	Antragsteller	mit zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	Vertriebspartner
------------------------------------	------------	---------------	--	------------------

7

1 Bitte ergänzen Sie an dieser Stelle die persönlichen Daten des Antragstellers. Überprüfen Sie bitte bei dieser Gelegenheit auch noch einmal die von uns bereits ausgefüllten Felder auf die Richtigkeit ihres Inhalts.

2 Beachten Sie bitte, dass der Versicherer keine Rechnungen ausstellt. Eine Einzugsermächtigung bietet sich an, damit keine Beitragszahlungen in Vergessenheit geraten können und dadurch Ihr Versicherungsschutz gefährdet wird.

3 Bitte ergänzen Sie hier die persönlichen Daten der Personen, die versichert werden sollen. Bitte überprüfen Sie auch die bereits ausgefüllten Felder.

4 Hier haben wir schon alle notwendigen Informationen für den von Ihnen ausgewählten Tarif eingetragen. Sie brauchen hier also nichts mehr auszufüllen, außer dem gewünschten **Beginndatum**.

5 Bitte beantworten Sie hier die Frage wo Ihre Pflegepflichtversicherung besteht. In der Regel ist dies bei Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Nennen Sie bitte auch weitere Pflegezusatzversicherungen.

6 Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen und Gewissen. Sollte Ihnen der dort zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, können Sie auch ein zusätzliches Blatt zum Antrag legen. In diesem Fall bitte nicht vergessen zu vermerken, zu welchen Fragen Sie dort Stellung nehmen und bitte auch dieses Blatt unbedingt unterschreiben.

7 Bitte vergessen Sie nicht, dass neben dem Antragsteller auch alle volljährigen versicherten Personen oder die Erziehungsberechtigten unterschreiben müssen.

Falls Sie noch Fragen haben...

Scheuen Sie nicht, uns anzurufen: 0 68 1 - 95 45 60 (Mo.-Fr. 9:00-18:00 Uhr)
Natürlich können Sie uns auch über unsere Website (www.gutguenstigversichert.de) oder via Email (antrag@versichert.de) kontaktieren.

