

# Ausfüllhilfe

## Antrag Pflegetagegeldversicherung

Ich **beantrage** den **Abschluss**/ die Vertragsänderung einer Pflegetagegeldversicherung  
 Ich bin bereits bei der uniVersa krankenversichert.  nein  ja, Versicherungsnummer \_\_\_\_\_



Betr.-BD/Agentur	AV-Nummer	Dokubogen-Nr.	Kundennummer	Versicherungsschein-Nr.
------------------	-----------	---------------	--------------	-------------------------

**1 Antragsteller** \* freiwillige Angaben

Zu- und Vorname, Titel \_\_\_\_\_ Familienstand  ledig  verheiratet Telefon privat\* \_\_\_\_\_ Telefax\* \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**2 Zu versichernde Personen(en), Tarife, Tagegelder, Beiträge** Versicherungsbeginn **01. 4. 20**

Pers. Nr.	Vor- u. ggf. Zuname	Geschl.	Geburtsdatum	derzeitige berufl. Tätigkeit	PT-Komfort	PT-Premium	Beitrag pro Person
1					€/tgl.	€/tgl.	€
2					€/tgl.	€/tgl.	€
3					€/tgl.	€/tgl.	€

Monatlicher Gesamtbeitrag \_\_\_\_\_ €

**3 Gesundheitsfragen**

Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz sind die vom Versicherer in Textform gestellten Fragen (hierzu zählen unter anderem neben der medizinischen Vorgeschichte, der aktuellen Gesundheitszustand und die bestehenden bzw. beantragten Vorversicherungen) nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Umstände, nach denen dort gefragt wird, anzugeben. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Die vollständige Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) entnehmen Sie bitte der Seite 4.

Die uniVersa Krankenversicherung a. G. hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einer „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

	Person 1	Person 2	Person 3
1 a. Größe: _____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
1 b. Gewicht: _____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
ja nein	ja nein	ja nein	ja nein
2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, gesundheitliche Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben ambulante Behandlungen / Untersuchungen stattgefunden bzw. sind solche angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen / Untersuchungen stattgefunden oder sind solche angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren körperliche oder organische Fehler, chronische Leiden, anerkannte Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wurde eine der Fragen 2 bis 4 mit „ja“ beantwortet, sind hier nähere Angaben zu machen.**

Zu Pers. Nr.:	Zu Frage Nr.:	Bezeichnung der Krankheit (Diagnose) bzw. Art der Beschwerden, Folgeerscheinungen, Art der Behandlung, Untersuchung oder Operation, bei Vorsorge-/Routineuntersuchungen Befund angeben	Beginn und Ende der Behandlung/ Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit	Bitte ankreuzen			Name und Anschrift der Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, anderen Therapeuten, Krankenhäuser, Sanatorien etc.	Behandlungs- und beschwerdefreier?		
				Ambulanz	Stationär	Operiert		nein	ja	Wenn ja, seit wann?

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen 2 bis 4 nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages). Beiblatt benutzt?  ja, Anzahl? \_\_\_\_\_

**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** Falls wir Ihre eMail-Adresse noch nicht haben, geben Sie diese bitte spätestens jetzt an. Selbstverständlich geben wir diese Adresse nicht weiter und wir senden Ihnen auch nicht unaufgefordert Werbung zu.

**3** Bitte ergänzen Sie hier die persönlichen Daten der Personen, die versichert werden sollen. Füllen Sie die Felder auch dann aus, wenn die zu versichernde Person der Antragsteller ist. Sofern wir Ihre Daten hatten, haben wir sie bereits für Sie eingegeben.

**4** Bitte ergänzen Sie unbedingt den gewünschten Versicherungsbeginn.

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

**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.

## Falls Sie noch Fragen haben...

Scheuen Sie nicht, uns anzurufen: 0 68 1 - 95 45 60

(Mo.-Do. 9:00-20:00 Uhr, Fr. 9:00-18:00 Uhr)

Natürlich können Sie uns auch über unsere Website ([www.gutquenstigversichert.de](http://www.gutquenstigversichert.de))

oder via Email ([antrag@versichert.de](mailto:antrag@versichert.de)) kontaktieren.



**Gut. Günstig. Versichert.**

# Ausfüllhilfe

## Antrag Pflegegeldversicherung

### 4 Angaben zu weiteren Versicherungen und Anträgen

Wo sind bzw. waren die zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren kranken- oder pflegeversichert? Wurden in diesem Zeitraum Kranken- oder Pflegeversicherungen abgelehnt (auch uniVersa Krankenversicherung a. G.)?

Zu Pers. Nr.	der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung	Art und Umfang der Versicherung (Krankenvoll-/Krankenzusatzversicherung, Pflegeversicherung, bei Tagegeldversicherungen Höhe des Tagegeldes angeben)	besteht seit	endet zum	wurde abgelehnt am

### 5 Bankverbindung

Die Beiträge sollen monatlich abgerufen werden. Die uniVersa Lebensversicherung a.G. wird ermächtigt, bis auf Widerruf die Beiträge vom angegebenen Konto mittels Abrufverfahren einzuziehen; sie handelt auch im Namen und für Rechnung der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Bezeichnung des Instituts: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: 0 0 \_\_\_\_\_  
Zu- und Vorname Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller: \_\_\_\_\_

### 6 Wichtige Hinweise

Bevor Sie unterschreiben, lesen Sie bitte die gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 sowie die Hinweise und Erklärungen auf Seite 3. Die Erklärungen enthalten unter anderem Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) zur Datenverarbeitung; sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG sowie die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

### 7 Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Die „Hinweise und Erklärungen auf Seite 3 des Antrages“ enthalten wichtige Informationen zur Schweigepflichtentbindung. Sie haben diese gelesen und geben mit Ihrer Unterschrift die dort abgedruckten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung für die Antragsprüfung ab. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die  Antragsprüfung /  Leistungsprüfung wird nicht abgegeben.

### 8 Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG (Widerrufsrecht / Widerrufsfolgen)

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 – 7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0911/ 5307-1788.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum beantragten Versicherungsbeginn.

### 9 Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich den Erhalt

- des Druckstückes 315-700, Fassung [ ] .20 (Versicherungsbedingungen für die Kranken- und Pflegeversicherung)  
 des Produktinformationsblattes und der Verbraucherinformationen (Vertragsinformationen)

Datum der Aushändigung: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

### 10 Unterschrift(en) zur Antragstellung

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer): \_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Vermittler: \_\_\_\_\_ Unterschrift der mitzuversichernden Personen über 16 Jahre (bis 16 Jahre Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, wenn nicht Antragsteller): \_\_\_\_\_

Seite 2 von 4

Ausfertigung für Versicherer

7 Bitte beantworten Sie hier insbesondere die Frage, wo Ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung besteht. Ergänzen Sie auch eventuell vorhandene Krankenzusatzversicherungen.

8 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.

9 Bitte wählen Sie, ob Sie der Schweigepflichtentbindung zustimmen möchten oder nicht. Wir empfehlen, dies zu tun, damit der Vertrag schnellstmöglich zustande kommt und im Schadensfall keine Probleme entstehen.

10 Bitte bestätigen Sie den Erhalt der entsprechenden Unterlagen, anderenfalls kann der Antrag vom Versicherer nicht reibungslos bearbeitet werden.

Die Informationen finden Sie auch noch mal auf unserer Homepage, zu diesem Thema haben wir Ihnen ein gesondertes Informationsblatt mitgeschickt.

11 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.-Do. 9:00-20:00 Uhr, Fr. 9:00-18:00 Uhr)

Natürlich können Sie uns auch über unsere Website ([www.gutguenstigversichert.de](http://www.gutguenstigversichert.de))

oder via Email ([antrag@versichert.de](mailto:antrag@versichert.de)) kontaktieren.



Gut. Günstig.  
Versichert.