

# Antrag Münchener Verein - mit Wartezeit

Datum: \_\_\_\_\_

Besteht beim Münchener Verein bereits eine Versicherung? Falls ja, Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Zu versichernde Person:

 Beginn: 01. \_\_\_\_\_  
 Vorname, Nachname \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  männlich  weiblich  
 Berufsstatus \_\_\_\_\_

## PrivatPflege

Gewünschte Höhe des Pflegetagegeldes bei	ambulanter Pflege	vollstationärer Pflege	Beitrag
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe 0	Euro	Euro	Euro = Gesamtbeitrag für Pflegetage- geldabsicherung
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe I	Euro	Euro	
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe II	Euro	Euro	
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe III	Euro	Euro	
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab Pflegestufe _____		Euro

### Bitte lassen Sie sich vom Kunden folgendes bestätigen:

- Für die zu versichernde Person besteht keine Pflegebedürftigkeit und keine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 und es wurde niemals ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt.
- Ich bestätige, dass für die zu versichernde Person eine deutsche gesetzliche Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) besteht.
- Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch gegeben ist, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert ist bzw. jemals vor Antragstellung diagnostiziert wurde: Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Chorea Huntington, Demenz (Alzheimer, vaskuläre Demenz, demenzielle Entwicklung, kindliche Demenz), insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Down-Syndrom (Trisomie 21), Hirnarterienaneurysma, HIV-Infektion, Koronarsklerose, Kreutzfeld-Jacob, Leberzirrhose, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, Myasthenia gravis, Niereninsuffizienz, Parkinson-Krankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit, psychische Erkrankungen (ausgenommen ambulant behandelte Depression), Querschnittslähmung, Schlaganfall, vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern (z. B. Rötelymbryopathie, Zytomegalie-Virus, Toxoplasmose, medikamenteninduzierte Schäden, Alkohol-, Drogenmissbrauchsschäden), Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente), bösartige Neubildungen (bösartige Tumore) oder Hirntumor, sofern die Erstdiagnose oder die erneute Diagnose (Rezidiv) innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragsstellung erfolgte - wenn ausschließlich Hautkrebs diagnostiziert wurde, ist ein Leistungsanspruch jedoch nicht ausgeschlossen.
- Ich bestätige, dass der Tagessatz für die beantragte Pflegetagegeldversicherung auch zusammen mit sonstigen ergänzenden Pflegetagegeldversicherungen folgende Beträge nicht überschreiten:

bei Alter unter 50 Jahren!

- 30 EUR in Pflegestufe „0“,
- 50 EUR in Pflegestufe I,
- 80 EUR in Pflegestufe II sowie
- 120 EUR in Pflegestufe III.

bei Alter über 50 Jahren!

- 10 EUR in Pflegestufe „0“,
- 20 EUR in Pflegestufe I,
- 40 EUR in Pflegestufe II,
- 80 EUR in Pflegestufe III.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Antrag Münchener Verein - ohne Wartezeit

Datum: \_\_\_\_\_

Besteht beim Münchener Verein bereits eine Versicherung? Falls ja, Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Zu versichernde Person:

Beginn: 01. \_\_\_\_\_

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

 Geschlecht  männlich  weiblich

Berufsstatus \_\_\_\_\_

## PrivatPflege

Gewünschte Höhe des Pflegetagegeldes bei	ambulanter Pflege	vollstationärer Pflege	Beitrag
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe 0	Euro	Euro	Euro = Gesamtbeitrag für Pflegetage- geldabsicherung
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe I	Euro	Euro	
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe II	Euro	Euro	
Pflegetagegeld gesamt ab Pflegestufe III	Euro	Euro	
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab Pflegestufe _____		Euro

### Bitte lassen Sie sich vom Kunden folgendes bestätigen:

- Besteht für die zu versichernde Person eine Pflegebedürftigkeit oder wurde jemals ein Antrag auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt oder besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50?  Nein  Ja
- Wurde in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung eine der nachfolgenden Erkrankungen diagnostiziert oder behandelt?  
 Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Chorea Huntington, Demenz (Alzheimer, vaskuläre Demenz, demenzielle Entwicklung, kindliche Demenz), insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Down-Syndrom (Trisomie 21), Hirnarterienaneurysma, HIV-Infektion, Koronarsklerose, Kreutzfeld-Jacob, Leberzirrhose, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, Myasthenia gravis, Niereninsuffizienz, Parkinson-Krankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit, psychische Erkrankungen (ausgenommen ambulant behandelte Depression), Querschnittslähmung, Schlaganfall, vorgeburtliche Erkrankungen bei Kindern (z.B. Röttelembryopathie, Zytomegalie-Virus, Toxoplasmose, medikamenteninduzierte Schäden, Alkohol-, Drogenmissbrauchsschäden), Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente).  Nein  Ja
- Wurden innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragstellung bösartige Neubildungen (bösartige Tumore) oder Hirntumor festgestellt oder behandelt?  Nein  Ja
- Waren Sie in den letzten sechs Monaten vor Antragstellung in ambulanter/stationärer Behandlung oder Kontrolle wegen nachfolgender Erkrankungen oder nehmen Sie Medikamente wegen dieser Erkrankungen ein?  
 Arthrose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronisch offene Wunde (Dekubitus), Epilepsie, Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankung, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Rheuma, Adipositas ab Grad III: BMI > 40  Nein  Ja
- Ich bestätige, dass der Tagessatz für die beantragte Pflegetagegeldversicherung auch zusammen mit sonstigen ergänzenden Pflegetagegeldversicherungen folgende Beträge nicht überschreiten:

- bei Alter unter 50 Jahren!
- 30 EUR in Pflegestufe „0“,
- 50 EUR in Pflegestufe I,
- 80 EUR in Pflegestufe II sowie
- 120 EUR in Pflegestufe III.

- bei Alter über 50 Jahren!
- 10 EUR in Pflegestufe „0“,
- 20 EUR in Pflegestufe I,
- 40 EUR in Pflegestufe II,
- 80 EUR in Pflegestufe III.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Per Fax an: 0561 / 602839-22**

**Per Post an:**

VFD-Kassel GmbH  
 Friedrich-Ebert Str. 5  
 34117 Kassel

<b>Bitte Gesellschaft/en ankreuzen:</b>		
<b>KV</b> <input type="checkbox"/>	<b>LV</b> <input type="checkbox"/>	<b>AV</b> <input type="checkbox"/>
<b>Mandat gilt für:</b>		
- <b>Neuantrag</b>		<input type="checkbox"/>
- <b>Vertragsnummer:</b>	_____	
- <b>Alle bestehenden Verträge der oben markierten Gesellschaft/en</b>		<input type="checkbox"/>

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Soweit ausnahmsweise nur für Einmalzahlung bitte ankreuzen

Zahlungsempfänger (entsprechend der angekreuzten Gesellschaft/en):

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a. G.:	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE76ZZZ00000035752
MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung a. G.:	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE79ZZZ00000035795
Bei Antrag-/Anfragestellung im Rahmen eines Kollektivvertrags (handwerkliches Versorgungswerk/Interessengemeinschaft Mittelstand e.V.) gilt davon abweichend:		
Arbeitsgemeinschaft der handwerklichen Versorgungswerke e.V.	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE46ZZZ00000036001
MÜNCHENER VEREIN Allgemeine Versicherungs-AG:	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE49ZZZ00000035753

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem nachgenannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir der erstmalige Lastschrifteinzug vorab angekündigt wird, vier Kalendertage beträgt. (Die Mandatsreferenz erhalten Sie nachträglich).

IBAN \_\_\_\_\_ und/oder **Kontonummer** \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ und/oder **Bankleitzahl** \_\_\_\_\_

**Geldinstitut für den Beitragseinzug/ Kurzname und Ort**

**Kontoinhaber(in):** \_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname, ggf. Firma

\_\_\_\_\_  
 Adresse (Straße, Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

**Datum**      **Ort**      **Unterschrift Kontoinhaber(in)**

Einwilligungserklärung (nur auszufüllen, soweit Kontoinhaber vom Versicherungsnehmer abweicht)  
 Ich stimme zu, dass die Ankündigung des SEPA-Basislastschrift-Einzuges gemäß der „Bedingungen für den Lastschrifteinzug“ gegenüber dem Kontoinhaber erfolgt und dem Kontoinhaber hiermit in Verbindung stehende Vertragsdaten übermittelt werden.

Unterschrift Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_