

Antrag

- **Pflege-Schutzbrief (Tarif OLGAflex)**
- **Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FÖRDERbar)**

Mit diesem Antrag werden zwei getrennte Verträge abgeschlossen.

Name/Vorname		Geburtsdatum ¹	Telefon (freiwillige Angabe)
Straße			Fax (freiwillige Angabe)
PLZ	Wohnort	☐ männlich (m) ☐ weiblich (w)	E-Mail (freiwillige Angabe)

☐ **Ja, ich wähle folgende Absicherung (Tarif OLGAflex)**

☐ Für mich oder
 ☐ Für:

 Geburtsdatum
☐ (m) ☐ (w)

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz nach Tarif OLGAflex nur geboten werden kann, wenn alle Voraussetzungen unter »Erklärung des Antragstellers« von der zu versichernden Person erfüllt werden.

Versicherungsbeginn:

(Erläuterung siehe folgende Seiten)

01.

Pflege-Schutzbrief

1. gewünschtes Pflegetagegeld:

- ☐ 60 € pro Tag (1.800 € pro Monat)
☐ individuell: mindestens 10 € bis maximal 150 € pro Tag (entspricht mindestens 300 € bis maximal 4.500 € Pflegegeld pro Monat)

2. gewünschte Beitragszahlung:

- ☐ voller Beitrag
☐ leicht reduzierter Startbeitrag
☐ reduzierter Startbeitrag
☐ stark reduzierter Startbeitrag

3. entspricht folgender Absicherung:

	Pflegetagegeld	Monatsbeitrag
OLGAflex.AR		
OLGAflex.Ri		
gesamt		

Gesundheitszustand der zu versichernden Person (Tarif OLGAflex)

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Medizinische Wertungen kann er als Laie aber nicht vornehmen.

Bitte beachten Sie daher die Hinweise auf den folgenden Seiten und machen Sie umfassende Angaben.

Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wird eine Frage mit »ja« beantwortet, ist leider kein Vertragsabschluss in Tarif OLGAflex möglich.

- | | nein | ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Besteht eine (durch eine Pflegekasse, einen anderen Träger einer privaten Pflegepflichtversicherung oder anderweitig ärztlich festgestellte) Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegestufe gestellt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen? | ☐ | ☐ |
| 2. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 % oder eine kindliche Entwicklungsstörung? | ☐ | ☐ |
| 3. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Krankheiten oder Fehlbildungen? | ☐ | ☐ |
- **Erkrankungen des Gehirns oder des Zentralnervensystems:** Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz, Epilepsie, Hirnblutung, Hirntumor, Hirnschädigung, Hydrozephalus, infantile Zerebralparese, Lähmung, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Spina bifida, Wachkoma
 - **Erkrankungen des Herzens oder der Gefäße:** Aneurysma, Angina pectoris, arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, medikamentös behandelter Bluthochdruck
 - **Erkrankungen der Nieren:** Chronisches Nierenversagen, chronische Niereninsuffizienz, Harnstauungsniere, Zystennieren
 - **Erkrankungen der Lungen:** Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom
 - **Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Stoffwechselerkrankungen:** Chronische Hepatitis, Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus, Leberfibrose, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose, primär biliäre Zirrhose, Schrumpfleber, Zystenleber
 - **Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems:** Armamputation, Beinamputation, Bechterew, Glasknochenkrankheit, Hüftarthrose, Marmorknochenkrankheit, Muskeldystrophie, Osteoporose, rheumatische Erkrankung
 - **Sonstige Erkrankungen:** Bösartige Neubildung (Krebserkrankung), HIV-Infektion, psychische Erkrankung, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Down-Syndrom, Sarkoidose

Erklärung des Antragstellers (Tarif OLGAflex)

Ich erkläre, dass für die zu versichernde Person derzeit Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung besteht, außerdem in den vergangenen 36 Monaten ein ununterbrochener Versicherungsschutz in einem bzw. mehreren der folgenden Länder Deutschland, Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn oder Zypern (griechisches Gebiet) bestand und das versicherte Pflegegeld zusammen mit anderen bestehenden nicht geförderten Pflegezusatzversicherungen 4.500,- € monatlich nicht überschreitet.

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt >>