

## Versicherungsantrag zur Pflege-Zusatzversicherung

### Antragsteller/Versicherungsnehmer:

Name	Vorname
Straße/Hausnr.	
Geburtsdatum	
Telefon: tagsüber	

Ich beantrage den Versicherungsschutz nach Tarif PZ. Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern der Vertrag nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

### Zu versichernde Personen (VP)

1. Person Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
2. Person Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

### Beantragtes Pflege-Tagegeld nach Tarif PZ:

1. Person:	Stufe III:	€	Stufe II:	€	Stufe I:	€	Beitrag:	€
2. Person:	Stufe III:	€	Stufe II:	€	Stufe I:	€	Beitrag:	€

Versicherungsbeginn | 0 | 1 | M | M | 2 | 0 | | |

**Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen auf dem beiliegenden Fragebogen!**

### Bankeinzug

Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag von meinem Konto abgerufen wird

Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut	
Kontoinhaber falls abweichend vom Antragsteller	
Datum:	Unterschrift Kontoinhaber:

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die "Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen". Mit Ihrer Unterschrift unter den Antrag machen Sie die "Vertragsgrundlagen und Erklärungen" zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen zudem mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Produktinformation und die Kundeninformation nach § 1 VVG-Informationsverordnung, sowie die Datenschutzerklärung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, erhalten haben.

Ort und Datum	Antragsteller	Unterschrift der zu versichernden Personen
<b>Vorstand:</b> Ludwig Willems (Vorsitzender) Willi Tiltmann Dieter Turowski	<b>Aufsichtsrat:</b> Dieter Deichmann (Vorsitzender)	<b>Registergericht:</b> Amtsgericht Düsseldorf HRB 21 160

## Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten muss. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Die dem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen werden mir zusammen mit den übrigen Versicherungsunterlagen vor Antragstellung zugesandt; es sei denn, ich wünsche eine spätere Zusendung.

Sofern der Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte bei dem Versicherer eingehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist.

### Schweigepflichtentbindungserklärung/Datenschutzerklärung

Soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, erhebt der Versicherer personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden. Hierzu erteile ich als betroffene Person meine Einwilligung – auch schon vor Abgabe der Vertragserklärung. Vor jeder Datenerhebung werde ich unterrichtet und kann der Erhebung widersprechen.

Als betroffene Person kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils von mir in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Im Übrigen wird die Einhaltung der Datenschutzvorschriften von unserem betrieblichen Datenschutzbeauftragten in Ihrem Interesse laufend überwacht. Für Auskünfte oder Erläuterungen kann ich mich auch direkt an ihn wenden: **Datenschutzbeauftragter - Düsseldorfer Versicherung - 40024 Düsseldorf**

### Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

Als Versicherungsnehmer kann ich meine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung (§ 8 Abs. 1 VVG).

### Aufsichtsführende Stelle

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

### § 19 Abs. 1 - 4: Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers, rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

### § 194 Abs. 1: Anzuwendende Vorschriften

Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat.

### § 28 (Abs. 2 - 3): Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

### Düsseldorfer Versicherung

Krankenversicherungsverein a. G.  
Konrad Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf  
Telefon: 0211- 355900-0, Fax: 0211-355900-20  
E-Mail: [info@duesseldorfer-versicherung.de](mailto:info@duesseldorfer-versicherung.de)  
[www.duesseldorfer-versicherung.de](http://www.duesseldorfer-versicherung.de)

---

#### Vorstand:

Ludwig Willems (Vorsitzender)  
Willi Tiltmann Dieter Turowski

#### Aufsichtsrat:

Dieter Deichmann (Vorsitzender)

#### Registergericht:

Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 21 160

**Gesundheitsfragebogen zum Antrag auf Versicherung nach Tarif PZ**

**1. Besteht Pflegebedürftigkeit oder wurden jemals Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung beantragt?**

1. vers. Person  Ja  Nein      2. vers. Person  Ja  Nein

**2. Wurde jemals ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeit gestellt?**

1. vers. Person  Ja  Nein      2. vers. Person  Ja  Nein

**3. Sind Sie schwerbehindert? Wenn ja, in welchem Grad?**

1. vers. Person  Nein      2. vers. Person  Nein  
 Ja GdB \_\_\_\_%       Ja GdB \_\_\_\_%

Grund \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

**4.  Wir versichern, dass für die zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung keine Diagnose zu einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten gestellt wurde.**

Bitte nur ankreuzen, wenn eine der Diagnosen gestellt wurde!

1. Kästchen für die 1. vers. Person, 2. Kästchen für die 2. vers. Person

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demenz, Alzheimer               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Creuzfeld-Jacob  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krankhafte Hirnleistungsstörung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV-Infektion  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom (Wachkoma)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> amyotrophe Lateralsklerose (ALS - neuromuskuläre Erkrankung) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson-Krankheit             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hirntumor  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chorea Huntington               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen*   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus*   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlaganfall*                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leberzirrhose  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporose*                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kinderlähmung  |

\* Bitte machen Sie nähere Angaben auf der Rückseite

Ort und Datum      Antragsteller      Unterschrift der zu versichernden Personen

**Vorstand:**  
Ludwig Willems (Vorsitzender)  
Willi Tiltmann Dieter Turowski

**Aufsichtsrat:**  
Dieter Deichmann (Vorsitzender)

**Registergericht:**  
Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 21 160

## Ergänzungen zu den Gesundheitsfragen:

---

**Vorstand:**

Ludwig Willems (Vorsitzender)  
Willi Tiltmann Dieter Turowski

**Aufsichtsrat:**

Dieter Deichmann (Vorsitzender)

**Registergericht:**

Amtsgericht Düsseldorf  
HRB 21 160