



# Antrag Pflege-Schutzbrief

Name/Vorname		Geburtsdatum		Versicherungsnummer	
Straße		<input type="checkbox"/> männlich (m) <input type="checkbox"/> weiblich (w)		Telefon (freiwillige Angabe)	
PLZ	Wohnort	Fax (freiwillige Angabe)			

**Ja, ich wähle folgende Absicherung**

Für mich oder  Für:    (m)  (w)

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

### Versicherungsbeginn:

(Erläuterung siehe Rückseite)

01.



### Pflege-Schutzbrief

- Pflege-Schutz**  
Tarif OLGA  
100 % Pflegestufe III
- OLGAaktiv**  
100 % Pflegestufe III  
70 % Pflegestufe II
- OLGAplus**  
100 % Pflegestufe III  
70 % Pflegestufe II  
50 % Pflegestufe I

**OLGA hilft**  
24-Stunden-Garantie

Gewünschtes Pflegegeld pro Monat:  900,- €  1.500,- €

3.000,- €  
(Doppelter Beitrag von 1.500,- € Pflegegeld)

Individuelles Pflegegeld pro Monat:

Monatsbeitrag

### Einzugsermächtigung

Bis auf Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von meinem Konto abzubuchen. (Der Mindestbeitrag beträgt 750 €, sonst nur jährliche Zahlungsweise möglich.)

monatlich     vierteljährlich       

halbjährlich     jährlich (3% Skonto)       

### Gesundheitszustand der zu versichernden Person

**Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz.**

Sobald Sie eine Frage mit »ja« beantworten müssen, ist der Abschluss des Pflege-Schutzbrieft leider nicht möglich.

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | nein                     | ja                       |
| 1. Ist der Body-Mass-Index größer als 30 (für Personen ab Eintrittsalter 16) bzw. größer als 25 (für Personen ab Eintrittsalter 10 bis 15)?<br><small>(Für diese Frage ist der Body-Mass-Index (BMI) für Personen ab Eintrittsalter 10 relevant. Dieser berechnet sich wie folgt: Teilen Sie das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Meter. Das Ergebnis bitte nochmals durch die Körpergröße in Meter teilen. Jetzt haben Sie den BMI-Wert - Beispielrechnung siehe unten.)</small>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde ein Antrag auf Anerkennung einer Pflegestufe gestellt, werden oder wurden Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung bezogen oder wurde ein Antrag auf Pflege-, Kranken-, Renten-, Unfall-, Lebens- oder Berufunfähigkeitsversicherung von einem Versicherer aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen wegen Erkrankungen des zentralen Nervensystems, des Gehirns, des Gefäßsystems, des Herzens, der Nieren oder wegen einer chronischen Lungenerkrankung, Bluthochdruck, bösartigen Tumoren, Leukämie, Muskelschwund, Osteoporose, Gelenkarthrosen, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Demenz, rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, psychischer Erkrankungen oder Suchterkrankungen statt oder wurde eine solche Vorerkrankung festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung/GdB oder Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) von mindestens 50 %?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen Aids-Test)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beispiel für die Berechnung des BMI-Wertes:

Die zu versichernde Person mit dem Eintrittsalter 30 Jahre hat eine Körpergröße von 1,80 m und ein Gewicht von 75 kg.

$75 : 1,80 = 41,67 : 1,80 = \text{BMI-Wert von } 23,15$

Die Frage muss in diesem Beispiel mit »nein« beantwortet werden, da der BMI-Wert unter 30 liegt.

### Erklärung des Antragstellers

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, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz oder Spanien bestand und das versicherte Pflegegeld zusammen mit anderen bestehenden Pflegezusatzversicherungen 3.000,- € monatlich nicht überschreitet.

### Wichtige Hinweise für den Antragsteller und Vermittler

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder der Vermittler im Antrag gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite des Antrages, da diese auch die Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung enthalten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt des Antrages. **Sie können dem Versicherungsvertrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformation widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.**

Ort/Datum	Unterschrift ab Alter 18 (auf alle obigen Erklärungen) ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen.
-----------	---

**Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen**

**Anwendbares Recht**

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

**Anzeigepflicht (vorvertraglich)**

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich, alters- oder geschlechtstypisch gehaltene Erkrankungen, Beschwerden oder Untersuchungen angeben muss. Verletze ich diese Pflicht schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig), kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, bzw. ihn anfechten und außerdem gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Daher sollten unbedingt alle Fragen umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß von mir beantwortet werden. Liegen mir ärztliche Berichte, Atteste oder ähnliche Unterlagen vor, die meine Angaben ergänzen können, sollte ich diese der HALLESCHER Krankenversicherung zusammen mit dem Antrag einreichen. Dies erleichtert die Antragsprüfung und beschleunigt die Bearbeitung meines Antrages.

Falls eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchte, so kann sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

**Bindung an den Antrag/Widerspruchsrecht**

An den Antrag halte ich mich 6 Wochen gebunden. Falls die Tarifdruckstücke bei Antragstellung nicht komplett vorliegen, habe ich ab Erhalt des Versicherungsscheines und der fehlenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein 14-tägiges Widerspruchsrecht, das schriftlich ausübt werden muss. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

**Einwilligung des Versicherers bei Taggeldversicherungen**

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/oder Krankentagegeldversicherung und der Abschluss einer weiteren Versicherung für den Pflegefall bei einem Krankenversicherer nur mit Einwilligung der HALLESCHER Krankenversicherung möglich sind. Bei Verletzung dieser Obliegenheit ist die HALLESCHER Krankenversicherung gemäß § 6 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Außerdem wird die HALLESCHER Krankenversicherung in diesem Fall leistungsfrei.

**Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz**

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Zur Beurteilung der Leistungspflicht können, falls erforderlich, Daten an beauftragte Ärzte und Gutachter weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass der Verbund ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient und für Beratungstätigkeiten erforderlich ist, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führt und an den für mich zuständigen Vermittler weitergibt.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Gesellschaften und der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird. Das Merkblatt ist Bestandteil der Verbraucherinformation und wird entweder bei Antragstellung oder mit dem Versicherungsschein übermittelt.

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer - soweit hierzu ein Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus - und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung

eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

**Nachmeldspflicht**

Ich bin verpflichtet, die HALLESCHER Krankenversicherung auch nach Antragstellung noch unverzüglich schriftlich oder telefonisch über alle ärztlichen Behandlungen, Untersuchungen sowie alle Veränderungen in meinem Gesundheitszustand bzw. der zu versichernden Personen zu informieren. Die Meldepflicht endet erst mit Annahme des Antrages oder Ablauf der Befristet.

**Versicherungsbeginn**

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

**Zustandekommen des Vertrages**

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Vorstand schriftlich die Annahme des Vertrages erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

**Monatlicher Beitrag in €:**

Alter	OLGA 900,- €		1.500,- €		OLGAaktiv 900,- €		1.500,- €		OLGAplus 900,- €		1.500,- €	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
0-16	1,26	1,26	2,10	2,10	2,40	2,40	4,00	4,00	5,12	5,12	5,20	5,20
17-20	1,26	1,56	2,10	2,60	1,86	2,46	3,10	4,10	2,16	2,88	3,60	4,80
21	2,10	3,24	3,50	5,40	4,68	7,14	7,80	11,90	5,52	8,70	9,20	14,50
22	2,16	3,42	3,60	5,70	4,92	7,56	8,20	12,60	5,82	9,24	9,70	15,40
23	2,22	3,66	3,70	6,10	5,16	7,98	8,60	13,30	6,12	9,78	10,20	16,30
24	2,34	3,84	3,90	6,40	5,46	8,46	9,10	14,10	6,48	10,32	10,80	17,20
25	2,46	4,02	4,10	6,70	5,76	8,94	9,60	14,90	6,84	10,98	11,40	18,30
26	2,58	4,26	4,30	7,10	6,06	9,48	10,10	15,80	7,20	11,58	12,00	19,30
27	2,76	4,50	4,60	7,50	6,42	10,02	10,70	16,70	7,62	12,24	12,70	20,40
28	2,88	4,74	4,80	7,90	6,78	10,56	11,30	17,60	8,10	12,96	13,50	21,60
29	3,06	5,04	5,10	8,40	7,14	11,16	11,90	18,60	8,52	13,68	14,20	22,80
30	3,24	5,28	5,40	8,80	7,56	11,82	12,60	19,70	9,00	14,46	15,00	24,10
31	3,36	5,58	5,60	9,30	7,98	12,48	13,30	20,80	9,54	15,24	15,90	25,40
32	3,60	5,88	6,00	9,80	8,46	13,14	14,10	21,90	10,08	16,08	16,80	26,80
33	3,78	6,18	6,30	10,30	8,88	13,86	14,80	23,10	10,62	16,98	17,70	28,30
34	3,96	6,54	6,60	10,90	9,42	14,58	15,70	24,50	11,22	17,88	18,70	29,80
35	4,20	6,84	7,00	11,40	9,90	15,36	16,50	25,60	11,82	18,84	19,70	31,40
36	4,38	7,20	7,30	12,00	10,44	16,14	17,40	26,90	12,48	19,80	20,80	33,00
37	4,62	7,56	7,70	12,60	10,98	17,04	18,30	28,40	13,14	20,88	21,90	34,80
38	4,86	7,98	8,10	13,30	11,58	17,88	19,30	29,80	13,80	21,96	23,00	36,60
39	5,10	8,40	8,50	14,00	12,18	18,84	20,50	31,40	14,52	23,10	24,20	38,50
40	5,40	8,82	9,00	14,70	12,84	19,80	21,40	33,00	15,30	24,24	25,50	40,40
41	5,64	9,24	9,40	15,40	13,50	20,82	22,50	34,70	16,14	25,50	26,90	42,50
42	5,94	9,72	9,90	16,20	14,22	21,84	23,70	36,40	16,98	26,82	28,30	44,70
43	6,24	10,20	10,40	17,00	14,94	22,98	24,90	38,30	17,88	28,20	29,80	47,00
44	6,54	10,74	10,90	17,90	15,72	24,18	26,20	40,30	18,78	29,64	31,30	49,40
45	6,90	11,28	11,50	18,80	16,56	25,58	27,60	42,30	19,80	31,14	33,00	51,90
46	7,26	11,82	12,10	19,70	17,46	26,70	29,10	44,50	20,82	32,76	34,70	54,60
47	7,62	12,48	12,70	20,80	18,36	28,08	30,60	46,80	21,96	34,44	36,60	57,40
48	8,04	13,08	13,40	21,80	19,32	29,52	32,20	49,20	23,10	36,24	38,50	60,40
49	8,46	13,74	14,10	22,90	20,40	31,08	34,00	51,80	24,36	38,10	40,60	63,50
50	8,94	14,46	14,90	24,10	21,48	32,70	35,80	54,50	25,68	40,08	42,80	66,80
51	9,42	15,24	15,70	25,40	22,68	34,38	37,80	57,30	27,06	42,18	45,10	70,30
52	9,90	16,02	16,50	26,70	23,94	36,24	39,90	60,40	28,56	44,46	47,60	74,10
53	10,44	16,92	17,40	28,20	25,26	38,16	42,10	63,60	30,18	46,80	50,30	78,00
54	11,04	17,82	18,40	29,70	26,70	40,26	44,50	67,10	31,92	49,58	53,20	82,30
55	11,64	18,78	19,40	31,30	28,26	42,48	47,10	70,80	33,72	52,08	56,20	86,80
56	12,30	19,80	20,50	33,00	29,88	44,82	49,80	74,70	35,64	54,96	59,40	91,60
57	13,02	20,88	21,70	34,80	31,62	47,34	52,70	78,90	37,74	58,02	62,90	96,70
58	13,74	22,08	22,90	36,80	33,48	49,98	55,80	83,30	39,96	61,32	66,60	102,20
59	14,58	23,34	24,30	38,90	35,46	52,86	59,10	88,10	42,36	64,86	70,60	108,10
60	15,42	24,66	25,70	41,10	37,62	55,92	62,70	93,20	44,94	68,58	74,90	114,30
61	16,02	25,56	26,70	42,60	39,48	58,62	65,80	97,70	47,70	72,66	79,50	121,10
62	17,04	27,06	28,40	45,10	42,00	62,10	70,00	103,50	50,64	76,98	84,40	128,50
63	18,12	28,68	30,20	47,80	44,64	65,82	74,40	109,70	53,88	81,60	89,80	136,00
64	19,26	30,42	32,10	50,70	47,52	69,90	79,20	116,50	57,36	86,58	95,60	144,30
65	19,92	31,38	33,20	52,50	49,26	72,12	82,10	120,20	59,40	89,40	99,00	149,00
66	21,24	33,36	35,40	55,60	52,56	76,74	87,60	127,90	63,42	95,04	105,70	158,40
67	22,68	35,46	37,80	59,10	56,22	81,72	93,70	136,20	67,80	101,22	113,00	168,70
68	24,24	37,80	40,40	63,00	60,12	87,12	100,20	145,20	72,48	107,88	120,80	179,80
69	25,92	40,32	43,20	67,20	64,38	93,06	107,50	155,10	77,64	115,26	129,40	192,10
70	27,66	43,14	46,10	71,90	69,00	99,54	115,00	165,90	83,16	123,50	138,60	205,50

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit  
70166 Stuttgart  
service@hallesche.de · www.hallesche.de  
Verbund ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER