

Ausfüllhilfe

Antrag Heilpraktikerversicherung

Barmenia
Versicherungen

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Kronprinzenallee 12-18
42094 Wuppertal

Tierisch gut versichert ...

Krankenversicherungsantrag
Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

BD/Vers.-Nr.: _____

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Hier Herr Frau Name, Vorname, Titel _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) _____

Berufsstellung: (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau 7 = Rentner

Geburtsdatum _____ **Staatsang** ledig verh. gesch. verw.

private Telefon-Nr. mit Vorwahl *) _____ dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *) _____

Mobil-Telefon-Nr. *) _____ E-Mail-Adresse *) _____

*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.

Ich möchte bis auf Widerruf auch telefonisch betreut und über das Dienstleistungsangebot der Barmenia informiert werden. ja nein

Zu versichernde Personen

Pers.	Vorname, z. B. Name falls abweichend von Antragsteller	Geschlecht	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung
		männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>			
1	Antrags				
2					
3					
4					

Beantragte Ergänzungsversicherung - Beginn 01. _____

gut versichert ...	Tarif	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
		Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR	Tagegeld	Beitrag mtl. EUR
... beim Arzt/Heilpraktiker	AN								
... beim Zahnarzt <input type="checkbox"/> ZG oder <input type="checkbox"/> AZ	PROPHY								
... im Krankenhaus <input type="checkbox"/> S oder <input type="checkbox"/> SW	KH								
... bei Arbeitsunfähigkeit	T42								
... im Pflegefall <input type="checkbox"/> PT1 oder <input type="checkbox"/> PT3									
Krankenversicherung gesamt			0,00		0,00		0,00		0,00

Besondere Vereinbarungen - Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig (z. B. bedingungsgemäßer Wartezeiterlass)?

Mündliche Abreden sind für den Versicherer nicht verbindlich.

nein ja _____

Sonstige Versicherungen - Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Kranken- und Pflegeversicherungen bei anderen Versicherern?

Für Pers.	nein	ja	Krankenkasse / Versicherer, Tarife, Höhe des Kranken- und Pflegegeldes	a) besteht seit	b) bestand von - bis	Vers.-Pflicht	Kr.-Geld
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Beitragsabruf - Beitragsabruf. Ich ermächtige den Versicherer, bis auf Widerruf die Beiträge von folgendem Konto abzurufen:

Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe) _____ Bankleitzahl _____

Kontonummer (kein Sparkonto) _____ Falls Kontoinhaber nicht Antragsteller, Name, Vorname _____ und Unterschrift des Kontoinhabers _____

Barmenia Krankenversicherung a. G. Hauptverwaltung, Kronprinzenallee 12-18, 42094 Wuppertal

Vorstand: Dr. h. c. Josef Beutelmann (Vorsitzender), Dr. Andreas Eurich, Norbert Lessmann, Heinz-Werner Richter, Martin Risse

Aufsichtsrats-Vors.: Günter Völker, Rechtsform des Unternehmens: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Sitz: Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 3871

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 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.

Auf dem gleichen Antrag kann auch Versicherungsschutz für eine zweite, dritte und vierte Person beantragt werden. Wenn Sie mehrere Angebote für verschiedene Personen bei uns bestellt haben, haben wir hier möglicherweise schon Daten eingetragen. Wenn Sie sich im Nachhinein überlegt haben, dass Sie noch eine zweite Person versichern möchten, dann tragen Sie diese bitte hier ein. Denken Sie in diesem Fall aber auch bitte daran, dass Sie auch die weiteren Fragen die sich auf „Person 2“ usw. beziehen ebenfalls beantworten.

3 Bitte ergänzen Sie unbedingt das gewünschte Beginndatum.

4 Hier haben wir schon alle notwendigen Informationen für den von Ihnen ausgewählten Tarif eingetragen. Sie brauchen hier also in der Regel nichts mehr auszufüllen.

5 Bitte beantworten Sie hier insbesondere die Frage, wo Ihre gesetzliche Krankenversicherung besteht. Ergänzen Sie auch eventuell vorhandene weitere Krankenzusatzversicherungen.

6 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.

Seite 1 von 4 zum Antrag _____ vom _____
(Name des Antragstellers) (Antragsdatum)

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)
oder via Email (antrag@versichert.de) kontaktieren.



Gut. Günstig.
Versichert.

