


Ausfüllhilfe

Antrag Krankenhauszusatzversicherung

CentralAntrag auf Krankenversicherung



Hansaring 40-50 · 50670 Köln

DIR.	VB-Nr.	FZ	VM-Nr.	PZ
		0		0
Vermögensberater/Abschlussvermittler Vertrauensmann (intern, nur für DVAG)				
<input type="checkbox"/> Neu		Antragsdatum		Barcode
<input type="checkbox"/> Änderung				
FD	Versicherungs-Nr.	Kollektivvertrag/Abrechnungsgruppe/Mitglieds-Nr.	Antragsnummer	
Name, Vorname, Titel des Antragstellers/Versicherungsnehmers				
Straße und Hausnummer				
LKZ	Postleitzahl	Wohnort		
Geb.-Datum	M	W	Nationalität/in Deutschland seit:	Berufliche Tätigkeit (genaue Bez./Branche) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger
Telefon tagsüber			E-Mail 2	
Abbuchungserlaubnis: Bei Zustandekommen eines Vertrages ermächtige ich die Central, bis auf Widerruf die Beiträge von folgendem Konto abzurufen:				
Konto-Nummer 3	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstituts / Zweigstelle		
Der Erstbeitrag gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet. Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart wird.				
Zahlungsweise:				
<input type="checkbox"/> 1/12; <input type="checkbox"/> 1/2 (2% Skonto);		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)		
<input type="checkbox"/> 1/4; <input type="checkbox"/> 1/1 (3% Skonto)		Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)		
Zu versichernde Person(en)	Tarife/Zuschläge	Beitrag		
1) Vorname (Zuname, falls anders als VN) 4	<input type="checkbox"/> EKTZ 15,00 €			
Geb.-Datum M W Nationalität/in Deutschland seit:	<input type="checkbox"/> GZE1			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung	Beitragszuschläge			
Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)	fehlende, nicht ersetzte Zähne	5		
	Sehhilfe			
	<input type="checkbox"/> central.unfall			
2) Vorname (Zuname, falls anders als VN) 4	<input type="checkbox"/> EKTZ 15,00 €			
Geb.-Datum M W Nationalität/in Deutschland seit:	<input type="checkbox"/> GZE1			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung	Beitragszuschläge			
Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)	fehlende, nicht ersetzte Zähne	5		
	Sehhilfe			
	<input type="checkbox"/> central.unfall			
Partnerinformation	monatlicher Gesamtbeitrag:	5		
Direktbetreuung	Sonderbetreuung	Auswertungssperre	Stellenummer	

- 1** Hier stehen die Daten des Antragstellers bzw. Versicherungsnehmers. Der Versicherungsnehmer muss nicht zwangsläufig identisch mit der versicherten Person sein. Diese Felder haben wir - soweit wir konnten - schon für Sie ausgefüllt.
- 2** Falls wir Ihre E-Mail-Adresse noch nicht haben, geben Sie diese bitte spätestens jetzt an. Selbstverständlich geben wir diese Adresse nicht weiter und wir senden Ihnen auch nicht unaufgefordert Werbung zu. Die E-Mail-Adresse ist aber ungemein wichtig, wenn wir Sie einmal dringend über Dinge informieren müssen oder Rückfragen haben und Sie anderweitig nicht erreichen können.
- 3** Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an. Von dieser Bankverbindung werden die Beiträge abgebucht sowie Versicherungsleistungen überwiesen.
- 4** Hier stehen die Daten der Person, die versichert werden soll. Das kann natürlich unter Umständen auch der Antragsteller sein. Bitte tragen Sie die Daten auch dann noch einmal hier ein.
- 5** Hier haben wir schon alle notwendigen Informationen für den von Ihnen ausgewählten Tarif eingetragen. Sie brauchen hier also nichts mehr auszufüllen.

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.**

