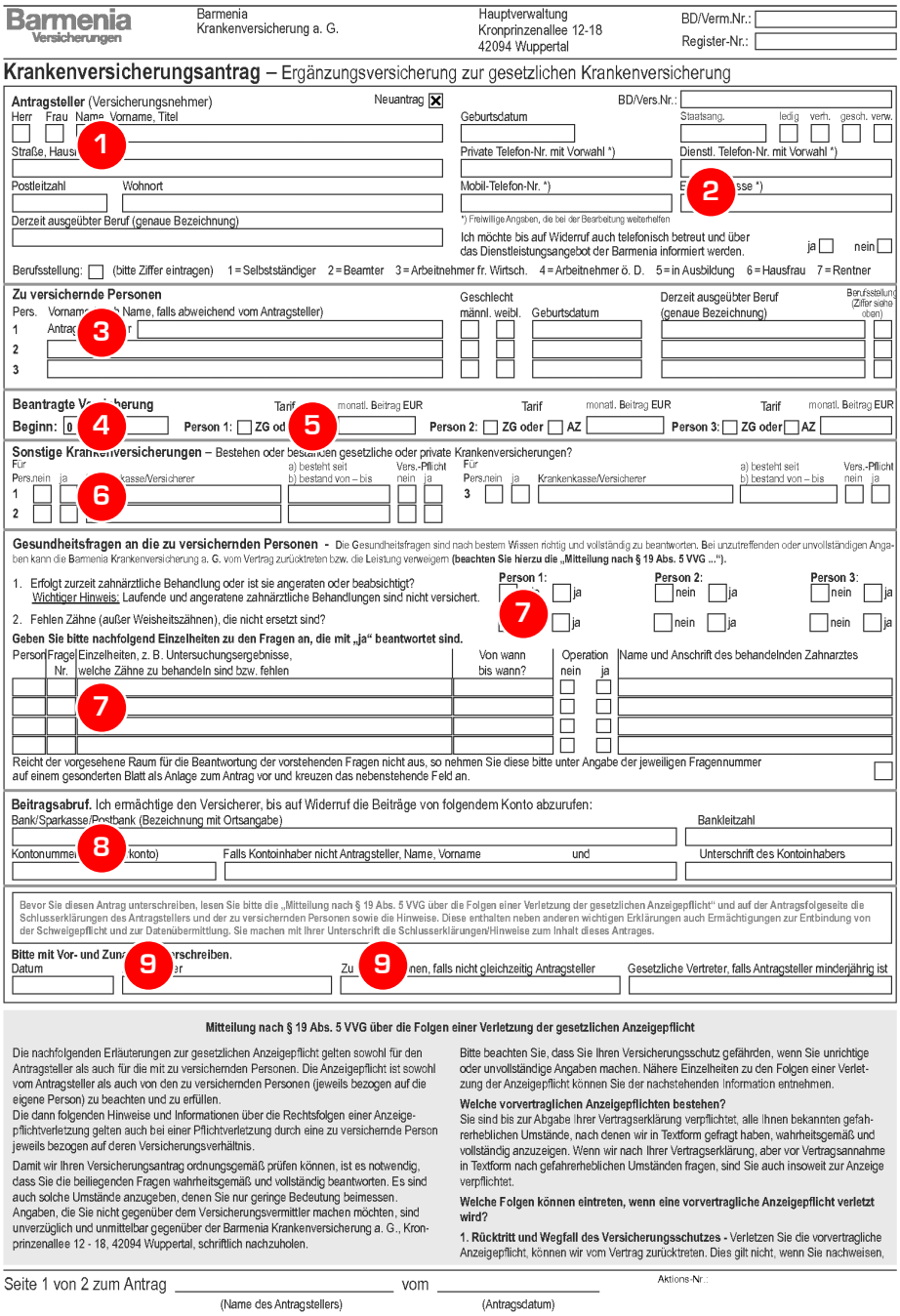
Ausfüllhilfe

Antrag Zahnzusatzversicherung



Barmenia Versicherungen

Barmenia Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung Kronprinzenallee 12-18 42094 Wuppertal

BD/Verm.Nr.:

Register-Nr.:

Krankenversicherungsantrag – Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Antragsteller (Versicherungsnehmer) Neuantrag ☒

Herr Frau Name, Vorname, Titel

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl Wohnort

Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)

Geburtsdatum

Private Telefon-Nr. mit Vorwahl *)

Mobil-Telefon-Nr. *)

BD/Vers.Nr.:

Staatsang. ledig verh. gesch. verw.

Dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *)

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 ☐

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

Zu versichernde Personen

Pers.	Vorname, Name, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht männl.	weibl.	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung (Ziffer siehe oben)
1	Antragsteller					
2						
3						

Beantragte Versicherung

Beginn: 01

	Tarif	monatl. Beitrag EUR
Person 1: ☐ ZG oder ☐ AZ		
Person 2: ☐ ZG oder ☐ AZ		
Person 3: ☐ ZG oder ☐ AZ		

Sonstige Krankenversicherungen – Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen?

Für Pers.	nein	ja	Krankenkasse/Versicherer	a) besteht seit b) bestand von – bis	Vers.-Pflicht nein	ja
1						
2						
3						

Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen - Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Barmenia Krankenversicherung a. G. vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern **(beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG ...“).**

	Person 1:	Person 2:	Person 3:
1. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? Wichtiger Hinweis: Laufende und angeratene zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.	☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind?	☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Geben Sie bitte nachfolgend Einzelheiten zu den Fragen an, die mit „ja“ beantwortet sind.

Person	Frage Nr.	Einzelheiten, z. B. Untersuchungsergebnisse, welche Zähne zu behandeln sind bzw. fehlen	Von wann bis wann?	Operation nein	ja	Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an. ☐

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

Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe) Bankleitzahl

Kontonummer (Konto) Falls Kontoinhaber nicht Antragsteller, Name, Vorname und Unterschrift des Kontoinhabers

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und auf der Antragsfolgeseite die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie die Hinweise. Diese enthalten neben anderen wichtigen Erklärungen auch Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen/Hinweise zum Inhalt dieses Antrages.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift der zu versichernden Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen.

Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Barmenia Krankenversicherung a. G., Kronprinzenallee 12 - 18, 42094 Wuppertal, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes - Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen,

Seite 1 von 2 zum Antrag _____ vom _____ Aktions-Nr.:

(Name des Antragstellers) (Antragsdatum)

K 438100 ZGAZ 012008 Antrag KV-Erg nz.-ZG/AZ 01/2008 63094785-2007122

1 Hier stehen die Daten des Antragstellers bzw. des Versicherungsnehmers. Das ist die Person, welche die Prämie zahlt und den Vertrag auch wieder kündigen kann. Sie ist nicht zwangsläufig identisch mit der versicherten Person.
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 Hier stehen die Daten der Person, die versichert werden soll. Das kann natürlich auch der Antragsteller selbst sein. Bitte tragen Sie die Daten auch dann noch einmal hier ein.

4 Bitte tragen Sie hier den gewünschten Versicherungsbeginn ein.

5 Die Tarifinformationen haben wir soweit wir konnten bereits ausgefüllt.

6 Bitte geben Sie hier an, ob eine private und/oder eine gesetzliche Krankenversicherung besteht, bestand oder beantragt wurde. Dies gilt auch dann, wenn Sie im Rahmen der Familienversicherung versichert sein sollten.

7 Alle Fragen beziehen sich auf den Gesundheitszustand der Personen, die versichert werden sollen. Bitte beantworten Sie die Fragen ehrlich und gewissenhaft. Wissentlich falsche Angaben können dazu führen, dass Sie entweder keinen Versicherungsschutz bekommen oder ihn –im Nachhinein- verlieren.

Haben Sie oder die zu versichernden Personen Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet, geben Sie hier nähere Erläuterungen dazu an. Bitte geben Sie auch die genaue Krankheitsbezeichnung bzw. die Art der Beschwerden an, z.B. ob eine Operation stattfand, ob und wann sie ausgeheilt ist, sowie Name und Anschrift des Arztes bzw. des Krankenhauses.

8 Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an. Davon werden die Beiträge abgebucht sowie Entschädigungsleistungen überwiesen.

9 Hier gehört die Unterschrift des Antragsstellers (siehe Punkt 1) sowie die der volljährigen mitversicherten Personen.

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.**