

# 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

### PROPHY – Der Zahnerhalttarif

<b>Antragsteller</b> (Versicherungsnehmer) Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Name, Vorname, Titel	<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Veränd. <input type="checkbox"/> BD/Vers.Nr.:	Geburtsdatum	Staatsang.	ledig	verh.	gesch.	verw.
Straße, Hausnr.	Private Telefon-Nr. mit Vorwahl *)	Dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl *)					
Postleitzahl	Wohnort	Mobil-Telefon-Nr. *)					
Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen Ich möchte bis auf Widerruf auch telefonisch betreut und über das Dienstleistungsangebot der Barmenia informiert werden. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Berufsstellung: <input type="checkbox"/> (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		Geschlecht	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung (Ziffer siehe oben)
Pers. 1	Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller) Antragsteller oder	männl. weibl.			
Pers. 2					
Pers. 3					
Pers. 4					

**Beantragte Versicherung**

Der monatliche Beitrag beträgt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr **4,90 EUR**, danach gilt der monatliche Beitrag für Erwachsene in Höhe von **9,90 EUR**.

Beginn: 0 1. 4

**Tarif PROPHY**

Person 1: 5 Person 2: Person 3: Person 4:

**Wichtiger Hinweis:** Laufende, beabsichtigte und angeratene zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.

Sonstige Krankenversicherungen – Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen?		a) besteht seit b) bestand von – bis	Vers.-Pflicht nein ja	Für Pers. nein ja	Krankenkasse/Versicherer	a) besteht seit b) bestand von – bis	Vers.-Pflicht nein ja
1				3			
2				4			

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

Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe) Bankleitzahl

Konto: 7 in Sparkonto) 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“ (auf der Folgeseite hinter dem Antrag) und auf der Antragsrückseite die Schlussfolgerungen 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 Schlussfolgerungen/Hinweise zum Inhalt dieses Antrages.

**Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.**

Datum Antr. 8 Zu versichernden, falls nicht gleichzeitig Antragsteller 8 Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

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

**8** Hier gehört die Unterschrift des Antragstellers (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](http://www.gutguenstigversichert.de))

oder via Email ([antrag@versichert.de](mailto:antrag@versichert.de)) kontaktieren.



**Gut. Günstig.  
Versichert.**