

Ausfüllhilfe

Antrag Zahnzusatzversicherung

CentralAntrag auf Krankenversicherung nach Tarif central.prodent



Hansaring 40-50 · 50670 Köln

Barocode			
<input type="checkbox"/> Neu	Antragsdatum		
<input type="checkbox"/> Änderung			
FD	Versicherungs-Nr.	Kollektivvertrag/Abrechnungsgruppe/Mitglieds-Nr.	Telefon tagsüber
Name 1 , name, Titel des Antragstellers/Versicherungsnehmers (VN)			
Straße und Hausnummer			
LKZ	Postleitzahl	Wohnort	
Geb.-Datum	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	Nationalität/in Deutschland seit:	E-Mail 2
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> in Ausbildung
Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			

A Zu versichernde Person(en)

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführte(n) Person(en) den Abschluss bzw. die Änderung eines Krankenversicherungsvertrages nach Tarif central.prodent.

1	Vorname, Name 3	Geburtsdatum
Nationalität/in Deutschland seit:		M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung		Versicherungsbeginn 4 01. _____
		Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)
2	Vorname, Name 3	Geburtsdatum
Nationalität/in Deutschland seit:		M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung		Versicherungsbeginn 4 01. _____
		Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)
3	Vorname, Name 3	Geburtsdatum
Nationalität/in Deutschland seit:		M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung		Versicherungsbeginn 4 01. _____
		Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)

B Abbuchungserlaubnis

Bei Zustandekommen eines Vertrages ermächtige ich die Central, bis auf Widerruf die Beiträge von folgendem Konto abzurufen:

Konto-Nummer 5	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);	
<input type="checkbox"/> 1/4; <input type="checkbox"/> 1/1 (3% Skonto)	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)

Anschrift: Hansaring 40-50 · 50670 Köln
Tel.: 02 21/16 36-0 · Fax: 02 21/16 36-200 · <http://www.central.de> · e-mail: info@central.de

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.

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 Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an. Davon werden die Beiträge abgebucht sowie Entschädigungsleistungen überwiesen. Wählen Sie auch bitte die gewünschte Zahlungsweise.



Gut. Günstig.
Versichert.

Ausfüllhilfe

Antrag Zahnzusatzversicherung

C Gesundheitsfrage

Damit wir Ihren Antrag prüfen können, beantworten Sie bitte nachstehende Frage. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Die Verletzung der Anzeigepflicht kann z. B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ am Ende dieses Formulars. Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Central unverzüglich in Textform anzuzeigen.

	Person 1	Person 2	Person 3
Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne). Je Zahn ist ein Zuschlag von 5,00 € erforderlich. Ab vier fehlenden und nicht ersetzten Zähnen kann keine Annahme des Antrages erfolgen.	<input type="checkbox"/> 6 keine Anzahl	<input type="checkbox"/> keine Anzahl	<input type="checkbox"/> keine Anzahl

Bitte beachten Sie: Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angedeutete zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz

D Beiträge

	Person 1	Person 2	Person 3
Beitrag	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Beitragszuschlag je fehlenden und nicht ersetzten Zahn 5,00 €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Gesamtbeitrag monatlich	<input type="text"/> €		

E Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht, bestand oder wurde in den letzten drei Jahren eine Zahnersatzversicherung für eine der zu versichernden Personen beantragt (auch Central angeben)?

Personen	Nein	Ja	Versicherungsunternehmen (VU)	Versicherungsnummer	von	bis	wer kündigte? VN VU
1	<input checked="" type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

F Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen“, die mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages und damit gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Vertrages wird. Eine Durchsicht des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

9 Ort, Datum Unterschriften (Vorname, Name) des Antragstellers, der volljährigen Mitversicherten/gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Wenn Sie innerhalb eines Monats weder den Versicherungsschein noch eine Nachricht von der Central erhalten, verständigen Sie uns bitte

G Empfangsbestätigung (folgende Unterlagen habe ich erhalten)

- Tarif central.prodnet mit AVB, Kundeninformation mit Informationsblatt BaFin und Merkblatt zur Datenverarbeitung **10**
- Beratungsdokumentation zu diesem Antrag Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Name) des Antragstellers

H Erklärung des Versicherungsvermittlers

Die Richtigkeit der Unterschriften bestätige ich. Eine Durchsicht des Antrages wurde dem Antragsteller ausgehändigt. Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsvermittlers

Partnerinformation

Direktbetreuung	Sonderbetreuung	Auswertungssperre	Stellennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Partnerinformationen					
Kundennummer COMMERZBANK	VW	Filial-Nr.	T/V	UV	SKZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

6 Bitte beantworten Sie die Frage ehrlich und gewissenhaft. Wissentlich falsche Angaben können dazu führen, dass Sie entweder keinen Versicherungsschutz bekommen oder ihn –im Nachhinein- verlieren.

Bitte bedenken Sie, dass für fehlende Zähne ein Beitragszuschlag von je 5 EUR fällig wird. Dafür sind diese fehlenden Zähne mitversichert.

7 Die Tarifinformationen haben wir soweit wir konnten bereits ausgefüllt.

8 Bitte geben Sie hier an, ob eine weitere Zahnzusatzversicherung besteht, bestand oder beantragt wurde.

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

10 Bitte bestätigen Sie den Erhalt der entsprechenden Unterlagen. Sie finden Diese auf unserer Homepage.



Gut. Günstig.
Versichert.