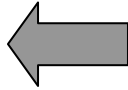


Experte24
Elsenheimer Str. 41
80687 München



Bitte als Versandadresse nutzen!

Ihre Antragsunterlagen für die Barmenia Zahnzusatzversicherung

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

als einer der führenden Onlinevermittler in Deutschland beglückwünschen wir Sie zu Ihrer Entscheidung für die Barmenia Zahnzusatzversicherung.

Mit der Wahl der Barmenia Zahnzusatzversicherung beugen Sie im höchsten Maße zukünftigen finanziellen Belastungen aufgrund zahnmedizinischer Behandlungen vor.

Im Folgenden finden Sie die Beitragstabelle sowie die benötigten Unterlagen zur schnellen und unkomplizierten Beantragung Ihres Wunschtarifes.

Versand der Antragsunterlagen:

Den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag können Sie uns auf folgenden Wegen zukommen lassen:

Per Post:

Nutzen Sie hierzu bitte dieses Anschreiben. Die Versandadresse ist im Briefkopf bereits vermerkt.

oder per Fax:

Senden Sie die Formulare bitte an 089 / 30 90 99 77. Den Faxeingang bestätigen wir Ihnen umgehend per eMail oder telefonisch.

oder per eMail:

Senden Sie uns hierzu den unterzeichneten Antrag in gescannter Form per eMail an info@zahnzusatzversicherung.com.

Ihre Prämie - eine elektrische Braun Oral B Vitality Zahnbürste - lassen wir Ihnen kurz nach Versicherungsbeginn mit separater Post zukommen.

Sollten Fragen auftauchen zögern Sie nicht uns gebührenfrei unter 0800 / 600 333 08 zu kontaktieren. Montag bis Freitag von 9 Uhr bis 19 Uhr stehen Ihnen unsere Kollegen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Wir würden uns freuen, auch Sie bald als Kunde von Experte24 begrüßen zu dürfen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Ihr Experte24-Team

Und hier die monatlichen Beiträge des Tarifs ZG:

| Tarifliches Eintrittsalter* | Mann EUR | Frau EUR | Tarifliches Eintrittsalter* | Mann EUR | Frau EUR |
|-----------------------------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|
| 00-14 | 1,54 | 1,54 | 44 | 21,54 | 26,96 |
| 15-21 | 3,02 | 3,13 | 45 | 21,95 | 27,33 |
| 21 | 11,59 | 14,29 | 46 | 22,35 | 27,69 |
| 22 | 11,99 | 14,96 | 47 | 22,76 | 28,03 |
| 23 | 12,42 | 15,66 | 48 | 23,18 | 28,36 |
| 24 | 12,88 | 16,40 | 49 | 23,60 | 28,68 |
| 25 | 13,34 | 17,13 | 50 | 23,98 | 28,95 |
| 26 | 13,80 | 17,82 | 51 | 24,35 | 29,14 |
| 27 | 14,26 | 18,49 | 52 | 24,67 | 29,26 |
| 28 | 14,70 | 19,14 | 53 | 24,98 | 29,31 |
| 29 | 15,16 | 19,78 | 54 | 25,24 | 29,31 |
| 30 | 15,61 | 20,39 | 55 | 25,46 | 29,31 |
| 31 | 16,07 | 20,97 | 56 | 25,62 | 29,31 |
| 32 | 16,51 | 21,54 | 57 | 25,72 | 29,31 |
| 33 | 16,96 | 22,08 | 58 | 25,76 | 29,31 |
| 34 | 17,40 | 22,60 | 59 | 25,76 | 29,31 |
| 35 | 17,84 | 23,10 | 60 | 25,76 | 29,31 |
| 36 | 18,26 | 23,58 | 61 | 25,76 | 29,31 |
| 37 | 18,68 | 24,06 | 62 | 25,76 | 29,31 |
| 38 | 19,09 | 24,51 | 63 | 25,76 | 29,31 |
| 39 | 19,51 | 24,95 | 64 | 25,76 | 29,31 |
| 40 | 19,91 | 25,37 | 65 | 25,76 | 29,31 |
| 41 | 20,32 | 25,80 | 66 | 24,71 | 28,12 |
| 42 | 20,72 | 26,19 | 67 | 24,71 | 28,12 |
| 43 | 21,13 | 26,58 | ab 68 | 24,71 | 28,12 |

* Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt. Der Beitrag für Kinder (00-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

Krankenversicherungsantrag – Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung Register-Nr.: _____

| | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Antragsteller (Versicherungsnehmer) | | Neuantrag <input type="checkbox"/> | Veränderungsantrag <input type="checkbox"/> | BD/Vers.Nr.: |
| Herr <input type="checkbox"/> | Frau <input type="checkbox"/> | Name, Vorname, Titel | Geburtsdatum | Staatsang. <input type="checkbox"/> |
| Straße, Hausnummer | | Private Telefon-Nr. mit Vorwahl *) | | ledig <input type="checkbox"/> |
| Postleitzahl <input type="text"/> | | Mobil-Telefon-Nr. *) | | verh. <input type="checkbox"/> |
| Wohnort | | E-Mail-Adresse *) | | gesch. <input type="checkbox"/> |
| Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) | | verw. <input type="checkbox"/> | | |

*) 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 | | Geschlecht | Geburtsdatum | Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung) | Berufsstellung (Ziffer siehe oben) |
|--------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|---|------------------------------------|
| Pers. | Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller) | männl. <input type="checkbox"/> | weibl. <input type="checkbox"/> | | |
| 1 | Antragsteller oder | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Beantragte Versicherung | monatl. Beitrag EUR | monatl. Beitrag EUR | monatl. Beitrag EUR |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Barmenia Komfort-Tarif ZG | Person 1: <input type="text"/> | Person 2: <input type="text"/> | Person 3: <input type="text"/> |
| Beginn: 0 1. <input type="text"/> | | | |

| Sonstige Krankenversicherungen – Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen? | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Für | | a) besteht seit | | Vers.-Pflicht | | Für | | a) besteht seit | | Vers.-Pflicht | |
| Pers. | nein | ja | Krankenkasse/Versicherer | b) bestand von – bis | nein | ja | Pers. | nein | ja | Krankenkasse/Versicherer | b) bestand von – bis |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 ...“ auf der Folgeseite hinter dem Antrag**).

| Person 1: | Person 2: | Person 3: | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <i>Wichtiger Hinweis:</i> Laufende und angeratene zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert. | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 2. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

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

| Person Frage Einzelheiten, z. B. Untersuchungsergebnisse, Nr. welche Zähne zu behandeln sind bzw. fehlen | Von wann bis wann? | Operation nein ja | Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes |
|--|----------------------|--------------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragenummer 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 (kein Sparkonto) | Unterschrift des Kontoinhabers |
| Falls Kontoinhaber nicht Antragsteller, Name, Vorname | und |

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 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 | Antragsteller | Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller | Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Schlussfolgerungen

des Antragstellers und der zu versichernden Person/en

Widerrufsrecht

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem ihm der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die von § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz vorgeschriebenen Informationen sowie eine ordnungsgemäße Belehrung in Textform über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Barmenia Krankenversicherung a. G., Kronprinzenallee 12-18, 42094 Wuppertal, Fax 02 02 / 4 38 28 46, E-Mail info@barmenia.de

Bei wirksamem Widerruf ist der Versicherungsnehmer an seine Vertragserklärung nicht mehr gebunden. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrages zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge erhält der Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet zehn Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen des vorgenannten Personenkreises bzw. der vorgenannten Institutionen, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherern, die nach dort bestehenden

Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können. Der Versicherer wird mich über eine vorgesehene Erhebung von Gesundheitsdaten unter Hinweis auf das Widerspruchsrecht unterrichten. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit verlangen kann, dass eine Erhebung von Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe.

Datenschutz

Ich willige ein, dass die Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermitteln. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zu-Stande-Kommen der Verträge sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Barmenia Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden, an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir als Anlage zu diesem Antrag, auf Wunsch auch erst mit dem Versicherungsschein überlassen wird.

HINWEISE

Durchschrift des Antrages

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

Bedingungsgemäßer Wartezeiterlass in der Krankenversicherung

Für die zu versichernden Personen kann ein bedingungsgemäßer Erlass der Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung, deren Kosten der Antragsteller / die Antragstellerin übernimmt, beantragt werden. Geht der Befundbericht nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Mindestvertragsdauer in der Krankenversicherung

Für die Krankheitskosten-Versicherungen wird der Vertrag für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht;
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet:
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.