

# Erfassungsbogen Barmenia Zahn-Zusatzversicherung



**Sie haben sich bereits für einen der Vorschläge entschieden?**  
**Dann senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:**  
**Gerne per Fax an: 0561 / 60 28 39 22 oder E-Mail an: info@vfd-kassel.de**

**Versicherungsnehmer:**                     männlich                     weiblich

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tätigkeit / ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

gesetzlich krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Versicherungsbeginn:**                    01. \_\_\_\_\_

Tarife der Bayerischen	MehrZahn80 80%	MehrZahn90 80-90%	MehrZahn100 100%
<b>Beitrag</b>			
<b>Welchen Tarif möchten Sie?</b>	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht

Gesundheitsfragen	ja	nein
(1) Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <small>Wichtiger Hinweis: Laufende und angeratene Behandlungen sind nicht versichert</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen), die noch nicht ersetzt sind? <small>Wenn ja, bitte Anzahl der fehlenden Zähne angeben</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Besteht oder bestand innerhalb der letzten 6 Monate vor dem Versicherungsbeginn bereits eine anderweitige Zahnversicherung? <small>(Hinweis: Falls dies der Fall ist/war, entfällt im Tarif Mehr Zahn die bedingungsgemäße Leistungsbegrenzung für Zahnersatz bereits ab dem dritten Kalenderjahr)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ **Sie wünschen einen Tarif ohne Gesundheitsfragen? Dann empfehlen wir R+V, Münchener Verein oder DFV.**

Bei Allianz, AXA, DKV, Münchener Verein und der Versicherungskammer Bayern (VKB) übermitteln wir Ihren Antragswunsch direkt an die Versicherung und Sie erhalten den Versicherungsschein anschließend per Post. Bei allen anderen Anbietern erhalten Sie den jeweiligen Antrag vorausgefüllt zur Unterschrift per Post.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_                    **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Sie brauchen Unterstützung? - Wir helfen Ihnen bei der Auswahl des passenden Anbieters**  
**Nutzen Sie unseren qualifizierten Beratungsservice und rufen Sie uns an unter: 0561 / 60 28 39 - 0**