

# Erfassungsbogen Münchener Verein 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 / 473 903 0 oder E-Mail an: service@digivero.de

**Versicherungsnehmer:**                       männlich                       weiblich

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

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

| Tarife der Barmenia               | Zahngesund<br>75+                  | Zahngesund<br>85+                  | Zahngesund<br>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?<br><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?<br><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<br>bereits eine anderweitige Zahnversicherung?<br><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"/> |

**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 / 473 903 - 0**