



**WIR SORGEN DAFÜR,
DASS SIE LÜCKENLOS
ZUFRIEDEN SIND.**

**DIE ZUSATZVERSICHERUNG
FÜR ZAHNERSATZ – VITADENTAL.**

secur**ita**

EINE IDEE BESSER



**WIR HABEN MEHR BISS,
WENN ES UM IHRE ZÄHNE GEHT.**

Die SECURVITA Zusatzversicherung **VITADENTAL** ist eine sinnvolle Erweiterung, wenn es um Ihre Zähne geht.

Zahnersatz ist nach wie vor eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, jedoch decken die Zuschüsse der Kassen in den meisten Fällen nur einen Teil der tatsächlichen anfallenden Kosten. Je hochwertiger Ihr Zahnersatz sein soll,

desto tiefer müssen Sie selbst in die Tasche greifen. Bei größeren Zahnsanierungen kommen da schnell einige tausend Euro zusammen.

Mit **VITADENTAL**, der speziellen Zusatzversicherung für den Zahnersatz, können Sie Lücken im Versicherungsschutz ganz leicht schließen.

**WIR BIETEN VOLLE
KOSTENKONTROLLE,
DAMIT SIE IHR LÄCHELN
NICHT VERLIEREN.**



ZAHNERSATZ IST EINE TEURE SACHE

Kostenbeispiel für Zahnersatz mit mehreren Kronen

Zahnarzt Honorar	2.400 Euro
Material- und Laborkosten	2.600 Euro
Gesamtkosten	5.000 Euro
Kassenzuschuss (mit Vorsorgebonus)	- 2.700 Euro
Eigenanteil (ohne Ergänzungsversicherung)	2.300 Euro
davon trägt VITADENTAL bis zu	- 1.750 Euro
Eigenanteil mit VITADENTAL	550 Euro

VITADENTAL ENTLASTET IHREN GELDBEUTEL

Kostenbeispiel für Zahnersatz mit 3 Keramik-Inlays

Zahnarzt Honorar	1.120 Euro
Material- und Laborkosten	1.240 Euro
Gesamtkosten	2.360 Euro
Kassenleistung (für Amalgam-Regelversorgung)	- 120 Euro
Eigenanteil (ohne Ergänzungsversicherung)	2.240 Euro
davon trägt VITADENTAL bis zu	- 1.534 Euro
Eigenanteil mit VITADENTAL	706 Euro

DIE TARIFLICHEN LEISTUNGEN VON VITADENTAL HABEN ES IN SICH.

BIS ZU 35 % ERSPARNIS BEIM ZAHNERSATZ

Einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen (Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate – nicht jedoch für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen). Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind für Zahnersatz im Rahmen des jeweils gültigen bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses zahntechnischer Leistungen (BEL) erstattungsfähig.

BIS ZU 65 % ERSPARNIS BEI INLAYS

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind für Inlays bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig.

Die Leistungen für Zahnersatz und Inlays sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 1.000 Euro je Kalenderjahr begrenzt. Wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000 Euro überschreiten, müssen Sie dem Versicherer vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorlegen.

Für VitaDental (Tarif AZ) gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G.

UNSERE GÜNSTIGEN MONATSBEITRÄGE

VITADENTAL (Tarif AZ)

Frauen		Männer	
Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–13	0,16	0–13	0,16
14–20	0,86	14–20	0,76
21–34	7,91	21–34	6,08
35–49	11,31	35–49	8,27
50–65	12,53	50–65	11,44

BITTE BEACHTEN SIE:

Da es sich um eine private Zusatzversicherung handelt, benötigt der Versicherer Barmenia Krankenversicherung a. G. einige Informationen zu den gesundheitlichen Verhältnissen der zu versichernden Personen. Beantworten Sie deshalb insbesondere diese Fragen im Antrag sorgfältig und ausführlich. Tragen Sie im Antrag ein, welche Personen mit VITADENTAL versichert werden sollen, und übertragen Sie die entsprechenden Beiträge aus der Tabelle. Je nach Geschlecht und Eintrittsalter (Beginnjahr minus Geburtsjahr, z. B. 2007 minus 1967 = 40) ergibt sich ein unterschiedlicher Beitrag (in Euro). So zahlt z. B. eine 40-jährige Frau pro Monat für VITADENTAL 11,31 Euro – oder ein 40-jähriger Mann 8,27 Euro.

Aufgrund der Annahmerichtlinien können Kinder und Jugendliche im Alter von 0–13 Jahren nur in Verbindung mit mindestens einem Erwachsenen aufgenommen werden.

STATUS NACH GEWERBEORDNUNG:

SECURVITA Versicherungsmakler GmbH ist Versicherungsmakler nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung; im Vermittlerregister unter der Nummer D-GAJJ-37G1P-77 registriert.

BEI INTERESSE KÖNNEN SIE DIE ANGABEN BEI DER REGISTRIERSTELLE ÜBERPRÜFEN:

Deutscher Industrie- und Handelskammertag e.V.
Breite Straße 29
10178 Berlin
Telefon: 0180-500-585-0*
www.vermittlerregister.info

*14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, mit abweichenden Preisen aus Mobilfunknetzen

SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR AUSSERGERICHTLICHE STREITBEILEGUNG:

Ombudsmann private
Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

DIE ERSTE ADRESSE FÜR IHRE GESUNDHEIT.

Ihren persönlichen Antrag für die
SECURVITA Zusatzversicherung
VITADENTAL finden Sie hier.

Die Telefonnummer der SECURVITA für weitere Informa-
tionen zum Krankenversicherungsschutz. Sie erreichen
uns montags bis freitags von 7.00 bis 19.00 Uhr. Rufen
Sie uns einfach an:

0800/600 33 33 (gebührenfrei)

Bitte sorgfältig ausfüllen und an
folgende Adresse schicken:

SECURVITA

Versicherungsmakler GmbH
Postfach 10 55 09
20038 Hamburg

SECURVITA

Lübeckertordamm 1–3
20099 Hamburg
Telefon: 040/38 60 80-0
Telefax: 040/38 60 80-90
Internet: www.securvita.de
E-Mail: info@securvita.de

securvita

VERSICHERUNGSMAKLER GMBH

Krankenversicherungsantrag – Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)		Geburtsdatum	Staatsang. ledig verh. gesch. verw.
Herr Frau Name, Vorname, Titel.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		private Telefon-Nr. mit Vorwahl	dienstl. Telefon-Nr. mit Vorwahl
Straße, Hausnummer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<i>Ich möchte bis auf Widerruf auch telefonisch betreut und über das Dienstleistungsangebot der Barmenia informiert werden. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></i>	
Postleitzahl	Wohnort	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berufsstellung: Selbstständige/r = 1 Beamtin/Beamter = 2 Arbeitnehmer/in, fr. Wirtsch. = 3 Arbeitnehmer/in, ö. D. = 4 in Ausbildung = 5 Hausfrau/-mann = 6 ↗ und ↘

Zu versichernde Personen		Geschlecht	Geburtsdatum	Derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)	Berufsstellung
Pers.	Vorname, auch Name falls abweichend von Antragsteller/in	männl. weibl.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	Antragsteller/in oder <input type="text"/>	<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"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte pro Person ankreuzen. **Beginn:** 0 1.

VitaDental (Tarif AZ)	VitaDental (Tarif AZ)
Person 1 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Beitrag mtl. EUR	Person 3 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Beitrag mtl. EUR
Person 2 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Beitrag mtl. EUR	Person 4 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Beitrag mtl. EUR

Fragen zum Zahnstatus an die zu versichernden Personen

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Erfolgt zurzeit zahnärztliche Behandlung oder ist sie angeraten oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Person Wenn ja, welche Maßnahmen werden derzeit durchgeführt bzw. sind angeraten oder beabsichtigt?

2. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähnen), die nicht ersetzt sind? nein ja

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wenn ja, Anzahl

► **Wichtiger Hinweis:** 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...“ in den Verbraucherinformationen).

► Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht aus, so nehmen Sie diese bitte unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vor und kreuzen das nebenstehende Feld an.

Sonstige Krankenversicherungen Bestehen oder bestanden gesetzliche oder private Krankenversicherungen?

Für Pers.	nein ja	Krankenkasse / Versicherer	a) besteht seit	Vers.-Pflicht	Für Pers.	nein ja	Krankenkasse / Versicherer	a) besteht seit	Vers.-Pflicht
			b) bestand von - bis	nein ja				b) bestand von - bis	nein ja
1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bank/Sparkasse/Postbank (Bezeichnung mit Ortsangabe)

Kontonummer (kein Sparkonto) Bankleitzahl

Falls Kontoinhaber/in nicht Antragsteller/in, Name, Vorname und Unterschrift des/der Kontoinh.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Bevor Sie diese Anträge unterschreiben, lesen Sie bitte in den Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformationen die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ und 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 dieser Anträge.

Datum Antragsteller/in

Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller/in

Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller/in minderjährig ist Vermittler/in

SCHLUSSERKLÄRUNGEN

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 02/438 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 Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

Ich habe die Schlusserklärung zur Kenntnis genommen.

Datum: _____ Vor-/Zuname: _____

Unterschrift: _____