

Antrag auf eine Zahnersatz-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif DENT

Antrag stellende Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		
Telefon/Telefax privat/geschäftlich		
PLZ, Ort (1. Wohnsitz)		
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		
<input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> ohne Beruf (hierzu zählen auch Hausfrauen, Schüler, Studenten, Rentner usw.)

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss).

Versicherungsbeginn: 01.

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz (bitte Ihre Daten eintragen)

1. Zu versichernde Person			2. Zu versichernde Person			3. Zu versichernde Person		
Vorname, Zuname			Vorname, Zuname			Vorname, Zuname		
Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)		
Tarif DENT			Tarif DENT			Tarif DENT		

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Einzugs-ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)
Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag monatlich von meinem Konto abgebucht wird (Beitragsrate mindestens 5,00 €).		Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bitte beachten Sie die Schluss-erklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schluss-erklärungen. Sie enthalten unter anderem **Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf Widerruf und Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller
Unterschrift zu versichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr, soweit nicht Antrag stellende Person	Vermittler

Für Minderjährige muss der gesetzliche Vertreter unterschreiben.

Interne Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM					

Dok 100587

830565 07.2006

Durchschrift
für den
Antragsteller

Antrag stellende
Person

Antrag auf eine Zahnersatz-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif DENT

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		
Telefon/Telefax privat/geschäftlich		
PLZ, Ort (1. Wohnsitz)		
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		
<input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> ohne Beruf (hierzu zählen auch Hausfrauen, Schüler, Studenten, Rentner usw.)

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss).

Versicherungsbeginn: 01.

Ich wähle
folgenden
Ver-
sicherungs-
schutz
(bitte Ihre
Daten eintragen)

1. Zu versichernde Person			2. Zu versichernde Person			3. Zu versichernde Person		
Vorname, Zuname			Vorname, Zuname			Vorname, Zuname		
Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)		
Tarif DENT			Tarif DENT			Tarif DENT		

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Einzugs-
ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)
Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag monatlich von meinem Konto abgebucht wird (Beitragsrate mindestens 5,00 €).		Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bitte beachten
Sie die Schluss-
erklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schluss-erklärungen. Sie enthalten unter anderem **Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf
Widerruf und
Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingun- gen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller
Unterschrift zu versichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr, soweit nicht Antrag stellende Person	Vermittler

Für Minderjährige muss der gesetzliche Vertreter unterschreiben.

Interne
Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
<input type="checkbox"/> GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> AF					
<input type="checkbox"/> ÖD <input type="checkbox"/> GM					

Dok 100587

830565 07.2006

Durchschrift
für den
Außendienst

Antrag stellende
Person

Antrag auf eine Zahnersatz-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif DENT

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz)		
Telefon/Telefax privat/geschäftlich		
PLZ, Ort (1. Wohnsitz)		
Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz)		
<input type="checkbox"/> Arbeiter/Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> ohne Beruf (hierzu zählen auch Hausfrauen, Schüler, Studenten, Rentner usw.)

Ich beantrage den Abschluss des Tarifes DENT. Sämtliche zu versichernde Personen sind bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert und es besteht für sie keine weitere Versicherung mit Leistungsanspruch für Zahnersatz.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss).

Versicherungsbeginn: 01.

Ich wähle
folgenden
Ver-
sicherungs-
schutz
(bitte Ihre
Daten eintragen)

1. Zu versichernde Person			2. Zu versichernde Person			3. Zu versichernde Person		
Vorname, Zuname			Vorname, Zuname			Vorname, Zuname		
Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum	Mann	Frau	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)			Mein Monatsbeitrag (bitte eintragen)		
Tarif DENT			Tarif DENT			Tarif DENT		

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw. für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

Einzugs-
ermächtigung

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)
Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag monatlich von meinem Konto abgebucht wird (Beitragsrate mindestens 5,00 €).		Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bitte beachten
Sie die Schluss-
erklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schluss-erklärungen. Sie enthalten unter anderem **Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf
Widerruf und
Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingun- gen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller
Unterschrift zu versichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr, soweit nicht Antrag stellende Person	Vermittler

Für Minderjährige muss der gesetzliche Vertreter unterschreiben.

Interne
Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK
<input type="checkbox"/> GSG	<input type="checkbox"/> ZUW	<input type="checkbox"/> Fremdvermittlernummer	<input type="checkbox"/> Externe Vertragsreferenz 1	<input type="checkbox"/> Externe Vertragsreferenz 2	
<input type="checkbox"/> PV	<input type="checkbox"/> AF				
<input type="checkbox"/> ÖD	<input type="checkbox"/> GM				

Dok 100587

830565 07.2006

Schlusserklärungen der Antrag stellenden und der zu versichernden Person:

Allgemeine Hinweise und Erklärungen	Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Vertragssprache ist deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt. Die für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienst-	leistungsaufsicht (BAFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de. Die Anschrift des Ombudsmanns für private Kranken- und Pflegeversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin, info@pkv-ombudsmann.de	Soweit Vorteilsbedingungen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerkschaft/ einem Verein abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.
Annahmefrist	Für die Annahme des Antrages bestimme ich eine Frist von 6 Wochen; mein Widerrufs- oder Widerspruchsrecht bleibt davon unberührt.		
Antragsangaben	Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistungen verwei-	gern. Falls der Antragsteller gewisse Angaben in diesem Antragsformular nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand (Anschrift siehe Versicherungsträger) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen. Ich verpflichte mich, alle	etwaigen Veränderungen der Antragsangaben der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen.
Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz	Ich willige ferner ein, dass der 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. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch, unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen	Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der DBV-Winterthur-Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, meine allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Antragsannahme und Vertragsgestaltung erforderlich ist. Die Antrag stellende Person willigt ein, dass der Versicherer Auskünfte über ihre wirtschaftliche Lage bei der Firma InFoScore Consumer Data GmbH, Rhein-	straße 99, 76532 Baden-Baden einholt. Der Versicherer ist berechtigt, die Daten zu speichern und kann den Antrag annehmen oder ablehnen. 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 bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.
Entbindung von der Schweigepflicht	Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der	Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung. Mir ist ferner bekannt , dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die 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 Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass	besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. 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.
Information zu den Leistungsbegrenzungen	Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsgrenzen:	1.-12. Monat insgesamt höchstens 300 EUR 1.-24. Monat insgesamt höchstens 600 EUR 1.-36. Monat insgesamt höchstens 900 EUR 1.-48. Monat insgesamt höchstens 1.200 EUR	Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.
Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)	Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformation nach § 10a VAG. Diese werden Ihnen mit dem		
Versicherungsträger	DBV-Winterthur Krankenversicherung Aktiengesellschaft Zentraldirektion: Frankfurter Straße 50 65172 Wiesbaden	Sitz Wiesbaden (AG Wiesbaden - 21 HRB 10120 -) Vorsitzender des Aufsichtsrats: Herbert Falk	Vorstand: Dr. Frank Keuper (Vors.), Wolfgang Hanssmann, Hans Joachim Krauß, Thomas Leicht, Anette Rosenzweig, Dr. Andreas Schaaf, Dr. Paul Verhoeven, Dr. Jan Martin Wicke

Dok 100587

Günstige Beiträge für Sie.

Zahnersatz-Zusatzversicherung DENT		
Alter	Frauen/Männer	
0-20	2,50	
21-40	7,40	
41-60	9,70	
61-80	12,80	
ab 81	12,80	

Tarifbeiträge in EUR

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.