

**Antragsteller (Versicherungsnehmer)**  Herr  Frau  Neukunde

Vorname und Zuname

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefon Fax

Ja, ich beantrage den Abschluss von „ZahnPlus“ (BZG20) zum Versicherungsbeginn  Nein

**Beitrag** Der monatliche Tarifbeitrag beträgt **für Männer/Jungen 8,34 Euro** pro Person  
**für Frauen/Mädchen 9,75 Euro**

Zahlweise monatlich oder  vierteljährlich  halbjährlich (2% Skonto)  jährlich (4% Skonto)

**„ZahnPlus“ soll gelten für:**  Antragsteller selbst  
 (Versicherte Personen bitte ergänzen)

Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)  männlich Geburtsdatum  weiblich

Vorname (Zuname, wenn abweichend vom Antragsteller)  männlich Geburtsdatum  weiblich

**Folgende Unterlagen, die Bestandteil des Versicherungsvertrages sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:**

Produktinformationsblatt + Merkblatt zur Datenverarbeitung  
 + Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick + Allgemeine Versicherungsbedingungen für die „ZahnPlus“-Versicherung (BZG20) sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung.  
 + Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer) Stand der Unterlagen:  
 X Januar 2009

**Wichtiger Hinweis** Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtiger Bestandteil des Vertrags.

**Beginn Versicherungsschutz** Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz auch dann mit dem im Versicherungsschein angegebenen Tag beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt die Widerrufsfrist noch nicht abgelaufen ist.  
**Wichtiger Hinweis:** Für Zahnersatzmaßnahmen, die bei Antragstellung bereits begonnen wurden oder geplant sind, besteht kein Versicherungsschutz.

**Widerrufsbelehrung** Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Württembergische Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart, E-Mail: krankten.vertragsservice@wuerttembergische.de, Telefax: 0711 662-3380 bzw. -3910. Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.  
 Besondere Hinweise: Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

**Unterschriften** Ort, Datum Unterschrift Vermittler Unterschrift des Kunden

**Einzugsermächtigung.** Hiermit willige ich ein, dass  
 • der erste oder einmalige Beitrag sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn fällig ist.  
 • die Beiträge für diesen Versicherungsvertrag/diese Versicherungsverträge jeweils bei Fälligkeit und bis auf Widerruf von unten stehendem Konto einzuziehen sind.

Bezeichnung des Geldinstituts und Ort

Kontonummer Bankleitzahl

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Versicherungsleistungen der Württembergischen Krankenversicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart ist.

**Beratungsprotokoll.** Gesprächsteilnehmer: keine

VN wünscht preiswerte Grundabsicherung, aus Preisgründen keine höherwertige Absicherung. VN hat Tarif selbst gewählt, auch wenn höherwertig möglich.

**Grund der Beratung/Versicherungswunsch**  
 Ich möchte meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz im zahnärztlichen Bereich und bei Sehhilfen ergänzen.

**Empfehlung und Begründung des Vermittlers**  
 Für die im Antrag aufgeführten Personen wird eine „ZahnPlus“-Versicherung nach Tarif BZG20 abgeschlossen.  
 Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der familiären Situation des Kunden. Der Leistungsumfang der „ZahnPlus“-Versicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen – erläutert.

Sonstiges

**Abweichender Kundenwunsch**  
 Abschluß Tarif BZG20

Kunden-Nr. VNR 3 3 | Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ | Mitwirkung | Abweichende Abschluss-Agentur | Gesch.-St.Nr. Agentur-Nr. PZ  
 I n v e r s | 7 8 0 1 4 4 1

Expert Versicherungsmakler  
D. Lahn  
Kietz 33  
14793 Gräben  
Telef. 033833-70 929

[www.expertversicherungsmakler.de](http://www.expertversicherungsmakler.de)

## Erklärungen und Hinweise

### Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antrags- oder Angebotsanforderungsunterlagen 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 Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. oder den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen oder Angebotsanforderungen, im Falle der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, 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 der Wüstenrot & Württembergische Gruppe sowie die Kooperationspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen verarbeiten und nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlichen Informationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.



Württembergische Krankenversicherung AG

Vorstand: Gabriele Bengel, Ruth Martin

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Wolfgang Oehler

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart

Registergericht:

Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

Besuchsanschrift: Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung der Gesellschaft:

Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank, Ludwigsburg

BLZ 604 200 00, Kto.-Nr. 9 000 001 900

(IBAN DE25 6042 0000 9000 0019 00/BIC: WBAGDE61)

Internet: [www.wuerttembergische.de](http://www.wuerttembergische.de)