

HSA  
WEA 2046438  
AKT 7876  
VMN 815000304

**KarstadtQuelle**  
**Versicherungen**

empfohlen von



## DENTAL VORSORGE+100

### Beitritt zur Gruppen-Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Krankenversicherte nach Tarif ZEF

Folgende zu versichernde Person(en) erklärt/erklären ihren Beitritt zu dem zwischen der Servicegesellschaft mbH für Mitglieder der IG Metall mit Sitz in Frankfurt/Main (nachfolgend kurz „IG Metall Service“ genannt) und der KarstadtQuelle Krankenversicherung AG abgeschlossenen Gruppen-Zahnersatz-Versicherungsvertrag:

Frau  Herr Vorname, Name des Antragstellers

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum (bitte eintragen)

Kundennummer (bitte eintragen)

Telefon (bitte eintragen)

**Mit Beitrags-Rabatt für Mitglieder der IG Metall und deren Partner!**

**JA**, ich möchte der zwischen der KarstadtQuelle Krankenversicherung AG und der IG Metall Service geschlossenen Gruppen-Zahnersatz-Versicherung nach Tarif ZEF beitreten. Die DENTAL VORSORGE+100 sichert mir heute zusammen mit der Leistung der gesetzlichen Krankenkasse hohe Kosten-Erstattung für den Zahnersatz. Bei Zahnersatz wird der befundbezogene Festzuschuss der gesetzlichen

Krankenversicherung verdoppelt. Maximal erhalte ich bis zu 100 % des Rechnungsbetrages! Damit ich auch langfristig mit günstigen Beiträgen rechnen kann, nehme ich die unten **beschriebenen Einschränkungen der Leistung** zur Kenntnis. Den unten aufgeführten, aufgrund des Gruppen-Zahnersatz-Versicherungsvertrags ermäßigten Beitrag werde ich unmittelbar an die KarstadtQuelle Krankenversicherung AG entrichten.

### Verdopplung des Festzuschusses Ihrer Krankenkasse bis zu 100 % der Gesamtrechnung bei Zahnersatz

**JA**, ich will Versicherungs-Schutz für mich und weitere zu versichernde Personen:

Bitte übertragen Sie die zutreffenden Beiträge aus unten stehender Übersicht

Beiträge inklusive Beitrags-Rabatt

<input type="checkbox"/> Frau	.....	€
<input type="checkbox"/> Herr	Vorname, Name Geburtsdatum bitte eintragen	Monatsbeitrag bitte eintragen
<input type="checkbox"/> Frau	.....	€
<input type="checkbox"/> Herr	Vorname, Name Geburtsdatum bitte eintragen	Monatsbeitrag bitte eintragen
<input type="checkbox"/> Frau	.....	€
<input type="checkbox"/> Herr	Vorname, Name Geburtsdatum bitte eintragen	Monatsbeitrag bitte eintragen

<b>Monats-</b> bis zum 20. Lebensjahr	2,84 €	ab dem 41. bis zum 60. Lebensjahr	9,70 €
<b>beiträge:</b> ab dem 21. bis zum 40. Lebensjahr	7,74 €	ab dem 61. Lebensjahr	12,64 €

**Monatsbeitrag:**  € (bitte eintragen)

**Versicherungsbeginn:** gewünschter Versicherungsbeginn muss in der Zukunft liegen (bitte eintragen)  01  2007

**Versicherungsdauer:** Ich kann meinen Versicherungs-Schutz jederzeit zum Monatsende beenden.

**Bankverbindung** Ich bin damit einverstanden, dass der o.g. Beitrag bis auf Widerruf von **meinem Konto** abgebucht wird und die Versicherungs-Leistungen auf folgendes Konto überwiesen werden. (KarstadtQuelle Versicherungen erheben bei der Abbuchung keine Gebühren.)

Name des Geldinstituts  Bankleitzahl  Kontonummer

### Entscheiden Sie sich für DENTAL VORSORGE+100

Der Versicherungs-Schutz beginnt mit dem in der Versicherungs-Bescheinigung genannten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Zugang der Versicherungs-Bescheinigung. Werden einer versicherten Person während des Versicherungs-Schutzes medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen bzw. implantatgetragener Zahnersatz für bei Versicherungsbeginn vorhandene Zähne oder Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt, erhalten Sie Leistungen nach Tarif ZEF, sofern für diese Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Leistungsanspruch besteht (Versicherungsfall). Für bei Versicherungsbeginn fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht damit kein Versicherungs-Schutz. Als Zahnersatz gelten Kronen, Brücken und Prothesen sowie deren Reparatur.

#### Einschränkungen der Leistung im Tarif ZEF

Bei einem Unfall besteht sofort Anspruch auf die Tarifleistungen in voller Höhe. Ansonsten gelten nur während der ersten vier Versicherungsjahre folgende Leistungsbegrenzungen: im ersten Versicherungsjahr höchstens 250,00 Euro, in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500,00 Euro, in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750,00 Euro, in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000,00 Euro.

Bevor Sie diese Beitrittserklärung unterschreiben, lesen Sie bitte **auf der Rückseite** die ausdrücklichen Erklärungen und Hinweise zu Ihrer Sicherheit. Diese enthalten auch Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Einwilligungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und sind wichtiger Bestandteil des Beitritts bzw. der Versicherung. Sie können doppelt so lang wie gesetzlich festgeschrieben – nämlich bis zu 4 Wochen nach Erhalt der Vertragsunterlagen – den Beitritt widerrufen. Ohne Angabe von Gründen. Ihr Widerruf erfolgt rechtzeitig, wenn Sie diesen fristgerecht in Textform (z. B. mittels Brief, Telefax oder E-Mail) absenden.



**Ihr Extra-Geschenk wartet auf Sie!**

Nach Abschluss der DENTAL VORSORGE+100 erhält jede versicherte Person diese elektrische Zahnbürste der Marke Oral-B inklusive zwei Batterien – selbstverständlich kostenlos!

**Unterschrift** Bitte ergänzen

Unterschrift des Beitretenden (= Beitragsschuldner und zu versichernde Person)  Unterschrift der weiteren zu versichernden Person(en) über 18 Jahre bzw. bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters

## Die Vorteile der Zusatzversicherung DENTAL VORSORGE+100

- **Verdopplung des Festzuschusses** bei Zahnersatz bis zu 100 % des Rechnungsbetrags
- Wir zahlen innerhalb von 10 Werktagen – sobald uns alle notwendigen Unterlagen vorliegen.
- Sie gehen **kein Risiko** ein, denn Sie können den Versicherungs-Schutz jeden Monat beenden
- **Ohne Gesundheitsfragen**
- Bei einem Unfall stehen alle Leistungen sofort **in voller Höhe zur Verfügung**. Ansonsten gilt – nur während der ersten vier Versicherungsjahre – eine Leistungseinschränkung
- **Beitrags-Rabatt für Mitglieder der IG Metall**

## Ausdrückliche Erklärungen und Hinweise zu Ihrer Sicherheit

### Schweigepflichtentbindungserklärungen

**Mir ist 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 eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, 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- und 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.

### Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

**Ich willige 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 Unternehmen der KarstadtQuelle Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die verbundenen und/oder vermittelnden Unternehmen der KarstadtQuelle-Gruppe weitergeben dürfen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungs-Angelegenheiten 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 die Unternehmen der KarstadtQuelle Versicherungen und/oder die vermittelnden Unternehmen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt wird mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen.

Ich kann der Zusendung weiterer Werbung widersprechen. Nach Ablauf einer technisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.

Für weitere Auskünfte steht mir der Datenschutzbeauftragte der KarstadtQuelle Versicherungen zur Verfügung.

Dieses Angebot wurde mir unterbreitet, weil ich Mitglied der IG Metall bin.

### Grundlagen und Zustandekommen des Versicherungs-Vertrages

**Mir ist bekannt**, dass der Versicherungs-Beitritt erst wirksam wird, wenn die KarstadtQuelle Krankenversicherung AG dies schriftlich erklärt hat oder eine Versicherungs-Bescheinigung ausgehändigt oder angeboten wird.

Grundlage des Versicherungs-Vertrages sind neben der Beitrittserklärung und der auszustellenden Versicherungs-Bescheinigung die Versicherungs-Bedingungen für die Zahnersatzversicherung nach Tarif ZEF der KarstadtQuelle Krankenversicherung AG sowie das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und sonstige gesetzliche Bestimmungen. Die Vertragsunterlagen einschließlich Auszüge aus den maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen werden mir mit der Versicherungs-Bescheinigung übersandt, können jedoch auf Wunsch jederzeit vorab von mir angefordert werden.

Nebengebühren werden nicht erhoben.

**Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherten unzweckmäßig.**

**Mir ist bekannt**, dass KarstadtQuelle Versicherungen neben den vertragsrelevanten Daten auch Angaben (z.B. Bankverbindung, Telefonnummer etc.) erheben, die für eine kostengünstige Vertragsführung wichtig sind.

### Haben Sie noch Fragen?

Rufen Sie einfach den Beratungs-Service von  
KarstadtQuelle Versicherungen an:

**0800 / 222 5000** Mo - Sa 7 bis 21 Uhr gebührenfrei

## Garantiert und sicher

Ich kann doppelt so lang wie gesetzlich festgeschrieben – nämlich bis zu 4 Wochen nach Erhalt meiner Vertragsunterlagen – meine Beitrittserklärung widerrufen. Ohne Angabe von Gründen. Bereits bezahlte Beiträge erhalte ich selbstverständlich zurück. Auch danach gehe ich keinerlei Risiko ein. Denn bei KarstadtQuelle Versicherungen kann ich – wie bei kaum einer anderen Gesellschaft – meinen Versicherungs-Schutz jeden Monat beenden.

KarstadtQuelle Krankenversicherung AG · Nürnberger Straße 91-95 · 90758 Fürth

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. Dr. Kurt Wolfsdorf · Vorstand: Peter M. Endres (Vorsitzender), Dr. Randolf von Estorff, Dr. Jörg Stoffels, Amtsgericht Fürth, HRB 4694



**0800 / 222 5000**

Gebührenfrei



**0800 / 701 1111**

Gebührenfrei