

Sie fordern einen Link bei unserem Vertriebsservice per Mail unter [service@consal-maklerservice.de](mailto:service@consal-maklerservice.de) oder telefonisch unter 089/2160 - 8666 an. Damit gelangen Sie zu folgender Anfangsseite:

**Tarifrechner ZahnPRIVAT Premium**

1 **Erster Schritt: Beitrag berechnen**

Berechnungsvariante

Angaben des VN oder minderjährigen VP

Sie selbst  
 Sie selbst und ein Kind (unter 16 Jahren)  
 Ein Kind (unter 16 Jahren)

\* 01.05.2017 TT-MM-JJJJ

2 **Zweiter Schritt: Antrag ausfüllen**

3 **Dritter Schritt: Online abschließen**

Außergerichtliche Streitbeilegung

Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Die Übertragung Ihrer Daten erfolgt verschlüsselt über einen sicheren Server.

nächster Monatserste

Versicherungsbeginn \* 01.05.2017 TT-MM-JJJJ

**Angeben für Sie**

Antragsteller und versicherte Person sind immer identisch, außer Sie wollen (zusätzlich) ein Kind oder Jugendlichen unter 16 Jahren versichern.

Geburtsdatum \* 29.03.1991 TT-MM-JJJJ

Krankenversicherung  
Wie sind Sie krankenversichert?  
Für Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenversicherungen gelten Sonderkonditionen.

Geschlecht  
\* weiblich

1. Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei komplettem Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen (außer den Weisheitszähnen)? [157]

ggf. Vorschlag herunterladen

Beitrag berechnen

**Unsere Tarifempfehlung**

Tarif ZahnPRIVAT Premium

Monatlicher Beitrag 16,64 Euro

Die monatlicher Gesamtbetrag 16,64 Euro

Vorschlag drucken

Tarifklärung

Antrag ausfüllen

2 **Zweiter Schritt: Antrag ausfüllen**

3 **Dritter Schritt: Online abschließen**

Außergerichtliche Streitbeilegung

Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Die Übertragung Ihrer Daten erfolgt verschlüsselt über einen sicheren Server.

2 **Zweiter Schritt: Antrag ausfüllen**

Ich beantrage bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG den Abschluss der zuvor ausgewählten Krankenversicherung(en), gegebenenfalls als Vertragsänderung.

**Vorvertragliche Anzeigepflicht**

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten; dabei sind auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzupassen oder anzufechten, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherten (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann. Einzelheiten siehe Beiblatt zum "Hinweis nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht". [1] Beiblatt zur vorvertraglichen Anzeigepflicht.

ggf. herunterladen

**Angaben für Sie**

Fragen an die versicherte Person zu der beantragten bzw. bestehenden Versicherungen

Anrede  
Vorname  
Familiennamen  
Geburtsdatum  
Wie sind Sie krankenversichert?  
Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse?

- Fehlen Zähne (außer den Weisheitszähnen oder bei komplettem Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen (außer den Weisheitszähnen)? [157]
- Bestand bereits früher bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt? [601]
- Besteht bei einer anderen privaten Krankenversicherung (PKV) oder als Wahltarif bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung eine Zusatzversicherung für Zahnersatz? [606]
- Sind Sie Grenzgänger? [507]
- Finden kurzzeit Wurzelbehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen statt, sind solche notwendig oder beabsichtigt bzw. wurden in den letzten zwei Jahren Maßnahmen angetan, die bisher noch nicht durchgeführt wurden? (Zahnersatzmaßnahmen sind Anfertigung oder Erneuerung von Kronen, Brücken, Prothesen, Implantaten, In- bzw. Onlays; nicht zu berücksichtigen sind Maßnahmen für die Zähne, die bei der Frage nach fehlenden bzw. zu ziehenden Zähnen bereits angegeben wurden) [152]
- Besteht eine Parodontose / Parodontitis? Wird die Frage mit "ja" beantwortet, gilt: Ich bin damit einverstanden, dass für Parodontosebehandlungen kein Versicherungsschutz besteht. [156]

**Fragen zu Staatsangehörigkeit und Beruf**

Staatsangehörigkeit  
Tätigkeitsstatus  
Ausgeübter Beruf

**zurück**

**3. Dritter Schritt: Online abschließen**

- Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Die Übertragung Ihrer Daten erfolgt verschlüsselt über einen sicheren Server.

Frau  
\* Vorname  
\* Familienname  
\* 29 03 1991 TT-MM-JJJJ  
\* Bitte auswählen  
\* Bitte auswählen  
\* 0  
\* ja  nein   
\* ja  nein   
\* ja  nein   
\* ja  nein   
\* ja  nein   
\* Deutschland  
\* Bitte auswählen  
\* Berufsname

**Daten befüllen**

Geben Sie einfach die ersten Buchstaben Ihres ausgeübten Berufes ein und warten Sie einen Augenblick. Sie bekommen dann eine eingeschränkte Auswahl an Berufen angeboten. Bitte wählen Sie Ihren Beruf durch Anklicken aus.

**weiter**

**Daten des Versicherungsnehmers**

Anrede  
Titel  
Vorname  
Familiennamen  
Geburtsdatum  
Strasse und Hausnummer  
PLZ  
Wohnort (Hauptwohnsitz muss in Deutschland sein)  
Telefon (freiwillige Angabe)  
E-Mail

**zurück**

**3. Dritter Schritt: Online abschließen**

- Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Die Übertragung Ihrer Daten erfolgt verschlüsselt über einen sicheren Server.

**Daten befüllen**

\* Frau  
Titel  
\* Maria  
\* Mustermann  
\* 29 03 1991 TT-MM-JJJJ  
\* Strasse Nr.  
\* PLZ  
\* Wohnort  
Telefon  
\* E-Mail

**Bankdaten befüllen und Häkchen setzen**

Maria  
Mustermann  
\* IBAN / BIC  
\* DE  
\* BIC  
\* Name des Geldinstitutes  
\* monatlich

**weiter**

**Hinweis:**  
Einige Felder wie Anrede, Geburtsdatum oder der ausgeübte Beruf sind für die Beitragsmittlung ausschlaggebend und deswegen hier nicht mehr änderbar. Wünschen Sie eine Änderung dieser Daten, nutzen Sie bitte den Direktlink "Zurück zur Beitragsberechnung".

**Zurück zur Beitragsberechnung**

**Ihr Beitrag für den gewählten Versicherungsschutz**

Tarif: ZahnPRIVAT Premium\*  
Name der versicherten Person: Maria Mustermann  
Geburtsdatum: 29 03 1991 TT-MM-JJJJ  
Versicherungsbeginn: 01 05 2017 TT-MM-JJJJ  
monatlicher Beitrag: 16,64 Euro  
Ihr Gesamtbeitrag lt. gewählter Zahlungsweise: 16,64 Euro monatlich

**zurück** **Seite ausdrucken** **weiter**

- Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Die Übertragung Ihrer Daten erfolgt verschlüsselt über einen sicheren Server.

### 3. Dritter Schritt: Online abschließen

#### Vertragsgrundlagen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Sehr geehrter Kunde,

bevor Sie Ihren Antrag absenden, bitten wir Sie, durch Anklicken der entsprechenden Kästchen, die nachfolgenden Erklärungen/Einwilligungen abzugeben und die aufgeführten Vertragsunterlagen zu lesen. Dies ist für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich.

Durch Klick auf die Schaltfläche "Erklärung herunterladen" wird das PDF - Dokument heruntergeladen. Bitte drucken Sie die Vertragsunterlagen aus oder speichern Sie diese ab.

#### Hinweis:

Wir bitten Sie um Verständnis, dass ein Vertragsabschluss nur möglich ist, wenn Sie die entsprechenden Erklärungen/Einwilligungen abgeben bzw. erteilen und ein Download der Bedingungen erfolgt ist. Bitte führen Sie die Schritte 1 - 3 in dieser Reihenfolge durch.

Um die Dateien zu öffnen, benötigen Sie den kostenlosen Adobe Reader. Falls Sie ihn auf Ihrem Rechner noch nicht installiert sein sollte, können Sie [den Adobe Reader hier herunterladen](#).

1. Bitte laden Sie die Vertragsinformationen gemäß § 7 VVG (Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen) und das Informationsblatt "Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen" herunter.

Mit dem Anklicken des Kästchens bestätige ich, dass ich die Vertragsinformationen gemäß § 7 VVG (Produktinformationsblatt, die Verbraucherinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen) rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe.

Außerdem bestätige ich, dass ich die Widerrufsbelehrung und die Hinweise und Erklärungen im Informationsblatt "Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen" zur Kenntnis genommen habe.

2. **Einwilligungsklauseln zum Datenschutz und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung**

Bitte laden Sie die "Einwilligungsklauseln zum Datenschutz und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung" herunter.

Mit dem Anklicken des Kästchens bestätige ich, dass ich die "Einwilligungsklauseln zum Datenschutz und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung der Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung" zur Kenntnis genommen sowie erhalten habe und **willige ein, dass meine personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden.** Die Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Zu Ihren Gunsten erfolgt die Schweigepflichtbindung ausschließlich im Einzelfall (siehe Punkt 2.1.1. der Einwilligungs- und Schweigepflichtbindungserklärung, Möglichkeit II).

3. **Abschließende Erklärung**

Mit dem Klick auf "Jetzt zahlungspflichtig online beantragen" bestätige ich, dass der Antrag inklusive der Angaben zum Gesundheitszustand alle von mir gemachten Angaben enthält und bin damit einverstanden, dass der Antrag elektronisch an das Versicherungsunternehmen weitergeleitet wird.

Die mit \* gekennzeichneten Tarife werden parallel angeboten. Die Erläuterung in dem Informationsblatt "Weitere Vertragsgrundlagen und Zusatzklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen" habe ich gelesen.

Geben Sie hier den im unteren Bild angezeigten Sicherheitscode ein (Groß-, Kleinschreibung kann vernachlässigt werden)

Sicherheitscode eingeben und zahlungspflichtig beantragen

ZULOFKE

Jetzt zahlungspflichtig online beantragen

zurück

Erklärungen herunterladen und Häkchen setzen

Erklärung herunterladen

Erklärung herunterladen

Jetzt zahlungspflichtig online beantragen