

ANTRAG ZAHNPFLEGEVERSICHERUNG

Versicherungsdeckung

Versicherungsvariante% max. CHF Franchise CHF

Versicherungsbeginn Prämie/Monat CHF

Angaben der zu versichernden Person

Vorname Name

Geburtsdatum

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Angaben zum Gesundheitszustand Bitte jede Frage vollständig beantworten. Striche gelten nicht als Antwort

1. Wann waren Sie das **letzte** Mal in zahnärztlicher Behandlung? Monat und Jahr
(muss innerhalb der letzten 12 Monate gewesen sein)

Durchgeführte Behandlung?

War damit die vollständige Sanierung des Gebisses abgeschlossen? JA NEIN

Name und Adresse des damals behandelnden Zahnarztes

.....
Gebisse, die vor mehr als einem Jahr letztmals saniert wurden, können nicht als vollständig saniert bezeichnet werden. Gebisse, in welchen Zähne zu entfernen sind, deren Lücke mit Stiftzähnen, Brücken und Kronen geschlossen werden müssen, Teil- oder Totalprothesen benötigen, gelten als nicht saniert. Dasselbe gilt für bestehende, sich in schlechten Zustand befindliche oder defekte prothetische Arbeiten.

2. Bestehen: Falls eine Frage mit JA beantwortet wurde, bitte genaue Diagnose angeben

• Zahnfehlstellungen? JA NEIN Diagnose

• Kieferfehlstellungen? JA NEIN Diagnose

• Zahnfleisch- / Zahnbett-Erkrankungen? JA NEIN Diagnose

• Mundhöhlenerkrankungen? JA NEIN Diagnose

• Kiefer-Erkrankungen? JA NEIN Diagnose

3. Das «Zusatzformular für den Zahnarzt» wurde abgegeben JA NEIN (nicht notwendig)

Ab Versicherungsstufe D benötigen wir ein Zahnarztzeugnis. Ausgenommen sind schulpflichtige Kinder, die bislang noch keine Zahnbehandlung hatten. Wir bitten Sie, das Zusatzformular von einem eidg. dipl. Zahnarzt (oder gemäss kantonalen Bestimmungen einem gleichgestellten Zahnarzt oder einer dipl. Dentalhygienikerin) ausfüllen zu lassen. Bitte retournieren Sie uns das ausgefüllte Zahnarztzeugnis. Die Kosten für das Attest, die Kontrolluntersuchung und die Röntgenbilder gehen zu Ihren Lasten.

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die obengenannte Versicherung. Ich bestätige, die Versicherungsbestimmungen der DENTAL gelesen und alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, ein nachträglicher Ausschluss von Versicherungsleistungen mit Rückforderungen bzw. den Rücktritt vom Vertrag, zur Folge haben könnten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Zahnärztinnen und -Ärzten, sowie bei Krankenversicherern und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über den Gebisszustand eingeholt werden kann und entbinde alle davon betroffenen Medizinal-Personen gegenüber dem Krankenversicherer vom Berufsgeheimnis. Im Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Krankenversicherer die für die Leistungsfallbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermitteln kann.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters

.....

.....