

Antrag Zahnpflege-Versicherung nach VVG

A Kurzinformation

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

- Sie haben die Möglichkeit zwischen fünf Varianten zu wählen (siehe Tarifblatt)
- Aufnahme **ohne** zahnärztliches Attest
- Leistungen für **alle zahnärztlichen Verrichtungen**
- Versicherter Maximalbetrag **pro Kalenderjahr**
- Unkomplizierte Abwicklung sowohl bei der Antragstellung wie bei der Leistungserbringung

Die weiteren Angaben entnehmen Sie bitte dem aktuellen Reglement

B Antrag

Gewünschter Eintrittstermin:

(ohne Angabe erfolgt der Eintritt auf den nächsten 1. des Folgemonates)

Name	Vorname	
Strasse/Nr.	Email	
PLZ/Ort	Kanton	
Geburtsdatum	Zivilstand	Beruf

Gewünschte Klasse

- Klasse 1** Monatsprämie: CHF 42.00 50% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 750.– pro Jahr
- Klasse 2** Monatsprämie: CHF 52.50 75% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 1 500.– pro Jahr
- Klasse 3** Monatsprämie: CHF 57.75 50% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 2 000.– pro Jahr
- Klasse 4** Monatsprämie: CHF 78.75 75% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 3 000.– pro Jahr
- Klasse 5*** Monatsprämie: CHF 31.50 75% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 2 000.– pro Jahr

*für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr

Bitte beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig. Unwahre Angaben können zur Verweigerung oder Kürzung von Leistungen bzw. zum Kassenausschluss führen.

1. Wann haben Sie, bzw. die zu versichernde Person, das letzte Mal den Zahnarzt aufgesucht?

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

2. Name und Adresse des damals behandelnden Zahnarztes

Name
Adresse

3. Haben Sie, bzw. die zu versichernde Person, regelmässige Kontrollen bei Ihrem Zahnarzt vorgenommen?

Falls ja, in welchem Intervall?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Intervall
-----------------------------	-------------------------------	-----------

4. War damit die vollständige Sanierung des Gebisses abgeschlossen?

- Ja Nein

Wichtig:

Gebisse, die vor mehr als einem Jahr letztmals behandelt wurden, können nicht als vollständig saniert betrachtet werden.

5. Bestehen Zahnfehlstellungen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Diagnose
-----------------------------	-------------------------------	----------

6. Zahnfleisch-/Zahnbetterkrankungen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Diagnose
-----------------------------	-------------------------------	----------

7. Kieferfehlstellungen

Ja Nein Diagnose

8. Bestehen nicht ersetzte, fehlende Zähne

Ja Nein Diagnose:

9. Bestehen nicht behandelte, defekte Zähne

Ja Nein Diagnose

10. Bestehen Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopädische Apparaturen

Art Umfang, bzw. Zahn-Nr.

11. Ist demnächst eine Behandlung geplant?

(z.B. Ersatz insuffizienter Füllungen, Ersatz Amalgam-Füllungen, Entfernung von Weisheitszähnen, Kronen, Brücken, Prothesen, Überkronung devitaler, ohne Kantenschutz gefüllter Zähne, kieferorthopädisch, usw.)

Wenn ja, welche Behandlung(en)

Ja Nein

Welche

12. Bestand bereits bei einer anderen Versicherung eine Zahnpflegeversicherung? Falls ja, in welcher Höhe?

Ja Nein CHF

Bemerkungen

Der/die Unterzeichnende erklärt,

Vorliegend bei der SLKK VERSICHERUNGEN einen Antrag auf Aufnahme in eine Zusatzversicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben;

Die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben;

Alle Zahnärzte, Ärzte, Spitäler, Krankenversicherungen und Versicherungen, welche bis zum Zeitpunkt der Antragsstellung und in Zukunft über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person und die Leistungserbringungen Auskunft erteilen können, inso- weit von der Schweigepflicht zu entbinden, als die Angaben für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages notwendig sind;

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) bzw. Ergänzenden Bedingungen (EB) für die beantragten Versicherungen erhalten zu haben und diese anzuerkennen;

Davon Kenntnis genommen zu haben, dass die SLKK VERSICHERUNGEN die im Rahmen des vorliegenden Antrags gemachten Angaben auf Übereinstimmung mit allfällig bekannten Leistungsdaten überprüfen kann. Diese Überprüfungsmöglichkeit entbindet nicht von der vollständigen und wahrheitsgetreuen Beantwortung der vorstehenden Fragen.

Ort und Datum

Unterschrift

der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters