

Antrag Zahnpflege-Versicherung nach VVG

Kurzinformation

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben die Möglichkeit zwischen fünf Varianten zu wählen (siehe gewünschte Klasse)

- 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 den aktuellen ergänzenden Bedingungen (EB)

Antrag

Gewünschter Beginn:

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

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

E-Mail:

PLZ/Ort:

Kanton:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Gewünschte Klasse

<input type="checkbox"/>	Klasse 1	Monatsprämie: CHF 44.90	50% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 750.– pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Klasse 2	Monatsprämie: CHF 56.20	75% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 1 500.– pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Klasse 3	Monatsprämie: CHF 61.80	50% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 2 000.– pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Klasse 4	Monatsprämie: CHF 84.30	75% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 3 000.– pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Klasse 5* *für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr	Monatsprämie: CHF 33.70	75% der Behandlungskosten bis maximal Fr. 2 000.– pro Jahr

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

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

Tag:

Monat

Jahr

Name und Adresse des damals behandelnden Zahnarztes

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

Ja

Nein

Falls Ja, in welchem Intervall?

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.

Bestehen Zahnfehlstellungen?

Ja

Nein

Diagnose:

Zahnfleisch-/Zahnbetterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja Diagnose:	<input type="checkbox"/> Nein
Kieferfehlstellungen	<input type="checkbox"/> Ja Diagnose:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen nicht ersetzte, fehlende Zähne	<input type="checkbox"/> Ja Diagnose:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen nicht behandelte, defekte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja Diagnose:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopädische Apparaturen	<input type="checkbox"/> Ja Art:	<input type="checkbox"/> Nein Umfang, bzw. Zahn-Nr:
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.)	<input type="checkbox"/> Ja Welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Bestand bereits bei einer anderen Versicherung eine Zahnpflegeversicherung? Falls ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> Ja CHF:	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen:		

Der/die Unterzeichnende erklärt,

- 1 Vorliegend bei der SLKK VERSICHERUNGEN einen Antrag auf Aufnahme in eine Zusatzversicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben.
- 2 Die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- 3 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, insoweit von der Schweigepflicht zu entbinden, als die Angaben für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages notwendig sind.
- 4 Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) bzw. Ergänzenden Bedingungen (EB) für die beantragten Versicherungen erhalten zu haben und diese anzuerkennen.
- 5 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.
- 6 Die Information gemäss Art. 45 VAG erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

(Versicherungsnehmer: in, gesetzliche:r Vertreter: in)