

Versicherungsantrag für die Zahnpflegeversicherung

Die nachstehenden Angaben werden streng vertraulich behandelt

- Aufnahme Änderung Vorgeburtliche Anmeldung

Persönliche Angaben (bitte in Druckschrift schreiben)

Name:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
Vorname:	Geschlecht:	Telefon Nr. (Privat):
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):	Telefon Nr. (Mobil):	
Gesetzlicher Vertreter:		
Strasse/Nr.:		
PLZ/Ort:		
E-mail:		

Der Kasse vorbehalten

Versicherungs-Nr.

Familien-Nr.

Adresse für die Rückerstattung der Leistungen

Kontoinhaber:	
Name der Bank:	
Konto (IBAN-Nr.):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gewünschte Zahlungsart der Prämien:	<input type="checkbox"/> ESR <input type="checkbox"/> Debit Direct <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> L.S.V. <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich

Sprache

- deutsch
 französisch
 italienisch

Ich wähle wie folgt

Klasse: **Kl. 1** Fr. 1000.– **Kl. 2** Fr. 2000.– **Kl. 3** Fr. 4 000.– **Kl. 4** Fr. 6 000.–
 Kl. 5 Fr. 1 000.– bei Krankheit und Fr. 10 000.– bei Unfall.
 Diese Versicherungsklasse gilt als Zusatz an den Klassen 1 bis 4.

Franchise: –.– Fr. 200.– Fr. 350.– Fr. 500.–

Versicherungsantrag für die Zahnpflegeversicherung (DP)

Der/die Antragsteller/Antragstellerin wünscht eine Zahnpflegeversicherung (DP) abzuschliessen und erklärt hiermit, die diesbezüglichen allgemeinen und besonderen Bedingungen zur Kenntnis genommen zu haben.

Der/die Antragsteller/Antragstellerin bevollmächtigt die Ärzte und alle anderen Personen, an die sich der Versicherer wendet, dem Versicherer die gewünschten Auskünfte zu erteilen. Der/die Antragsteller/Antragstellerin verpflichtet sich, die Prämien für das erste Jahr zu bezahlen.

Der/die Antragsteller/Antragstellerin nimmt davon Kenntnis, dass er/sie gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Art. 1 VVG) während 14 Tagen bzw. 4 Wochen (bei Anordnung einer ärztlichen Untersuchung) an diesen Versicherungsantrag gebunden ist.

Der/die Antragsteller/Antragstellerin ist für das wahrheitsgetreue und vollständige Ausfüllen dieses Versicherungsantrages sowie des zahnärztlichen Fragebogens verantwortlich; dies auch wenn die Antworten vom Vermittler eingetragen werden. Falls er/sie eine erhebliche Gefahrentatsache, welche ihm/ihr bekannt war oder die er/sie kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden. Alle zusätzlichen Vereinbarungen und Abkommen mit dem Vermittler, die nicht auf dem Antragsformular vermerkt sind, binden den Versicherer nicht. Die Mitgliedschaft in dieser Kategorie tritt am ersten Tag des auf das Datum dieses Antrags folgenden Monats in Kraft mit dem Vorbehalt der definitiven Annahme desselben. Die Annahme hängt vom Empfang des zahnärztlichen Fragebogens ab, der von einem patentierten Zahnarzt vorschriftsgemäss auszufüllen ist (siehe Rückseite).

Bemerkungen: _____

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin, der/die erklärt, dass er/sie die oben erwähnten Bedingungen zur Kenntnis genommen hat.

_____, den _____

Zahnärztlicher Fragebogen

Name Antragsteller/Antragstellerin: _____

Geburtsdatum: _____

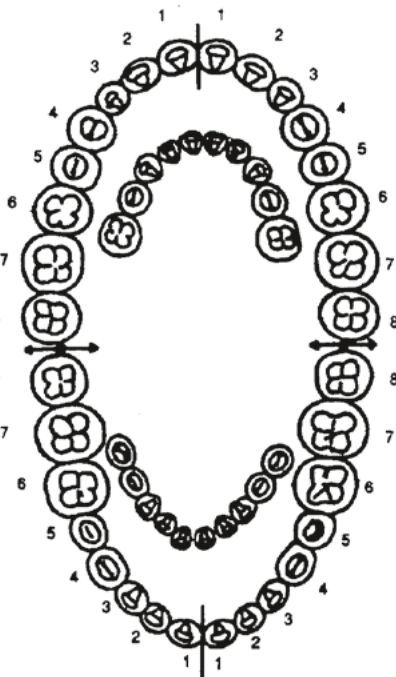
1. Zustand des Zahnbetts gut mangelhaft schlecht
2. Hygiene gut mangelhaft schlecht
3. Okklusion gut traumatisierend
4. Ist eine orthodontische Behandlung vorgesehen? ja nein
5. Zustand der Kronen: gut mangelhaft schlecht
wenn mangelhaft oder schlecht, Art und Stelle: _____
6. Zustand der Brücken: gut mangelhaft schlecht
wenn mangelhaft oder schlecht, Art und Stelle: _____
7. Zustand der Teilprothesen: gut mangelhaft schlecht
wenn mangelhaft oder schlecht, Art und Stelle: _____
8. Fehlende, nicht ersetzte Zähne: _____

9. Schadhafte Zahnfüllungen:
(auf dem Schema schwarz zu bezeichnen)

RECHTS

LINKS

10. Kariöse Zähne:
(auf dem Schema rot zu bezeichnen)



11. Ist eine zahnärztliche Behandlung vorgesehen?

Ja Nein

wenn ja, welcher Art? _____

12. Bemerkungen: _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Ort und Datum: _____

Bemerkungen des Vertrauenszahnarztes: _____