

(GS-Stempel)

GS-Nr. _____

Vermittler-Nr. _____

Versicherungsantrag für die Zahnbehandlungsversicherung (VVG)

Beginn _____

Familien-Nr. _____ **Versicherten-Nr.** _____
 Name/Vorname _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____ Telefon-Nummer _____
 Geburts-Datum _____

Versicherungsvarianten

Stufe 1	50 % max.	CHF 650.00	pro Jahr
Stufe 2	50 % max.	CHF 1'200.00	pro Jahr
Stufe 3	75 % max.	CHF 1'700.00	pro Jahr
Stufe 4	75 % max.	CHF 2'500.00	pro Jahr
Stufe 5	75 % max.	CHF 3'500.00	pro Jahr
Stufe 6	80 % max.	CHF 5'000.00	pro Jahr

Monatsprämie

Stufe _____ CHF _____
 Unfalldeckung _____ CHF _____
 Total Monatsprämie _____ CHF _____

Gesundheitserklärung

	Ja	Nein
Sind Ihre Zähne zur Zeit in Ordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte genau umschreiben _____		
Ist eine zahnärztliche Behandlung vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte genau umschreiben _____		
Ist eine kieferchirurgische Behandlung vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte genau umschreiben _____		

Adresse Ihres Zahnarztes _____

Erklärung und Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende erklärt:

- vorliegend einen Antrag zu einer Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben
- die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben
- alle Ärzte, Spitäler, Krankenkassen und Versicherungen, welche bis zum Zeitpunkt der Antragstellung und in Zukunft über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person und die Leistungserbringungen Auskunft erteilen können, von der Schweigepflicht zu entbinden.
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. Ergänzenden Bestimmungen für die beantragte Versicherung erhalten zu haben
- Ich bestätige zudem, vom Versicherer das Informationsblatt/ die Informationsblätter mit Angaben über die Identität des Versicherers und
 - über den wesentlichen Vertragsinhalt (Art.3 VVG) sowie vom Vermittler das Informationsblatt mit den gesetzlich vorgeschriebenen Informationen (Art. 45 VAG) erhalten zu haben.
 - davon Kenntnis genommen zu haben, dass unwahre Angaben eine Versicherungsablehnung, einen Rücktritt vom Vertrag, einen Ausschluss von der Versicherung oder eine Verweigerung von Versicherungsleistungen zur Folge haben.
 - davon Kenntnis genommen zu haben, dass Anträge nach VVG auf Verlängerung oder Abänderung eines bestehenden Vertrages oder auf Inkraftsetzung eines suspendierten Vertrages als genommen gelten, wenn die Kolping Krankenkasse nicht innert 14 Tagen seit Empfang des Antrags ablehnt und dass diese Ablehnungsfrist 4 Wochen beträgt, wenn eine ärztliche Untersuchung notwendig ist (wobei diese Bestimmungen bei Anträgen auf Erhöhung der Versicherungssummen nicht gelten)

Ort/Datum: _____

Ort/Datum: _____

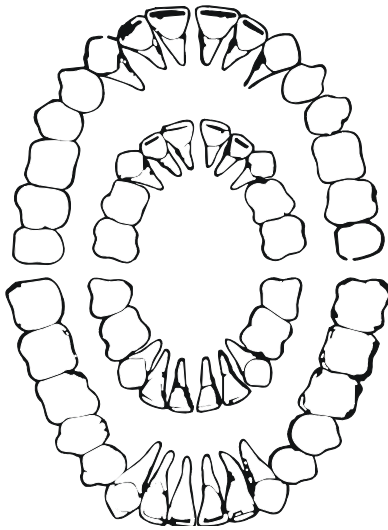
Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des/r gesetzlichen Vertreters/ Vertreterin

Zeugnis (Ab dem 5. Geburtstag durch den Zahnarzt auszufüllen)

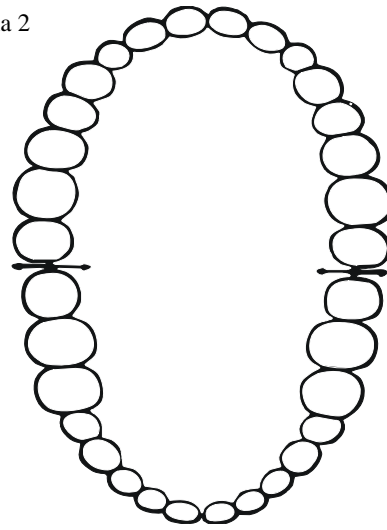
Zustand der Zähne anlässlich der letzten Untersuchung vom _____

Auf dem Schema 1 sind fehlende eigene Zähne mit **x** und überkronete oder bestehende Brücke mit **o** zu bezeichnen. Allfällige Prothesen sind auf Schema 2 zu skizzieren.

Schema 1



Schema 2



- | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Zustand des Parodontes | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittelmässig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| 2. Hygiene | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittelmässig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| 3. Okklusion | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> traumatisch | |
| Wenn traumatisch, Grund: _____ | | | |
| 4. Konservierend | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittelmässig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| 5. Wird eine kieferorthopädische Behandlung erwogen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn ja, welche? _____ | | | |
| 6. Zustand der Kronen/Brücken | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittelmässig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| 7. Fehlende, nicht ersetzte Zähne | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn ja, zu schliessende Lücke wo? _____ | | | |
| 8. Unfall geschädigte Zähne | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn ja, welche? _____ | | | |
| 9. Besteht eine schwere Allgemeinerkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn ja, welche? _____ | | | |
| 10. Erfolgt bisher regelmässig jährliche Zahnkontrollen und Zahnsteinentfernungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 11. Ist demnächst oder in den nächsten 6 Monaten eine Behandlung vorgesehen?
(z.B. Ersatz insuffizienter Füllungen, Kronen, Brücken, Prothesen, Überkronung devitaler, ohne Kantenschutz gefüllter Zähne usw.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn ja, welche Behandlung? _____ | | | |
| _____ | | | |
| Wann wird diese Behandlung durchgeführt? _____ | | | |

Die Abklärung erfolgt nur mit Röntgenbildern. Mindestens 2 BW Aufnahmen, welche nicht älter als 1 Jahr sind, müssen diesen Unterlagen beigelegt werden. Diese werden nach erfolgter Risikoüberprüfung zurückgesandt.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:
