

Antrag

Versicherungsnehmer (Prämienzahler)Name, Vorname

Zu versichernde PersonName, Vorname

Geschlecht: ☐ m ☐ wZivilrechtlicher Wohnsitz

Nationalität

Aufenthaltsbewilligung (Kopie beilegen) ☐ C ☐ B ☐ L ☐ G ☐ andere:

Zivilstand

Gewünschte VersicherungOfferten-Nr.

Hinweis: Das zahnärztliche Gutachten (Seiten 2 und 3) muss durch einen diplomierten Zahnarzt ausgefüllt werden, der in der Schweiz oder in einem an die Schweiz angrenzenden Staat (D, F, A, I oder FL) zur Berufsausübung zugelassen ist und praktiziert. Der Antrag ist nur gültig, sofern zwischen der letzten zahnärztlichen Behandlung/Kontrolle und dem Datum der Antragsstellung nicht mehr als sechs Monate liegen. Zusätzlich sind zwei Bitewing-Röntgenbilder (nicht älter als sechs Monate), mit Namen und Datum versehen, beizulegen. Das zahnärztliche Gutachten und die Röntgenbilder gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers (Prämienzahler).

Kinder: Gutachten und Röntgenbilder sind ab dem 1. Januar des Jahres beizulegen, in welchem das Kind 7 Jahre wird.

Wichtige Bestimmungen VVGDie Versicherungsbedingungen und ergänzende Listen finden Sie auf sanitas.com/downloads**Mit Unterzeichnung dieses Antrages**

- bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die Zusatzbedingungen (ZB) inklusive ergänzende Listen, die Besonderen Bedingungen (BB), die Kundeninformationen nach Art. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und sofern die Beratung durch einen Vermittler erfolgt ist, das Informationsformular nach Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), erhalten und gelesen habe und akzeptiere.
- bestätige ich ausdrücklich, dass meine Angaben im Antragsformular vollständig, korrekt und wahrheitsgetreu sind, auch wenn die Antworten durch einen Dritten (Vertreter) niedergeschrieben wurden.
- wird der Versicherungsträger dazu ermächtigt gegenüber Ärzten, Zahnärzten, Heilanstalten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. seinen Gesellschafts- und Vertrauensärzten Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der Sanitas Gruppe von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis entbunden.
- stimme ich ausdrücklich zu, dass der Versicherungsträger zur Beurteilung des Versicherungsschutzes, insbesondere zwecks Risikoprüfung sowie zur Prüfung einer Anzeigepflichtverletzung, in ein allenfalls vorhandenes Krankenversicherungsdossier der Grund- und/oder Zusatzversicherung bei der Sanitas Gruppe Einsicht nehmen darf.
- stimme ich der Überprüfung meiner Zugehörigkeit zum Versichertenkreis eines Rahmenvertrages des Versicherungsträgers zu. Zudem verpflichte ich mich ausdrücklich, ein Ausscheiden aus dem Versichertenkreis eines solchen Vertrages dem Versicherer unverzüglich bekannt zu geben. Über die gewährten Rabatte wurde ich aufgeklärt. Bei einer Änderung oder Aufhebung des Rabattes habe ich das Recht, den betreffenden Versicherungsvertrag mit Wirkung auf das Ende des Kalenderjahres innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Police oder der Mitteilung über die Anpassung des Rabattes zu kündigen. Davon ausgenommen sind befristete Rabatte.
- willige ich ein, dass meine Daten innerhalb der Sanitas Gruppe zum Zweck der Schadenbearbeitung, ManagedCare sowie zu Marketingzwecken weitergegeben und bearbeitet werden können.

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters,
des Beistandes, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde:

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters:

Vermittler:

Stempel Partnergesellschaft/Makler:

Sanitas Vermittlernummer:

Dental Antrag

Versicherungsnehmer (Prämienzahler)

Name, Vorname

Zahnärztliches Gutachten

1. Die Zähne der zu versichernden Person befinden sich zurzeit in folgendem Zustand:

konservierend ☐ gut ☐ mangelhaft

endodontisch ☐ gut ☐ mangelhaft

parodontal ☐ gut ☐ mangelhaft

kieferorthopädisch ☐ gut ☐ mangelhaft

2. Besteht ein Zahnersatz? Wenn ja, welcher?

☐ nein ☐ ja

☐ Krone ☐ gut ☐ mangelhaft

☐ Brücke ☐ gut ☐ mangelhaft

☐ Implantat ☐ gut ☐ mangelhaft

☐ Prothese ☐ gut ☐ mangelhaft

3. Bestehen devitale Zähne?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? (Röntgenbilder beilegen)

4. Bestehen Folgen eines Zahnunfalls?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Unfalldatum:

5. Besteht eine Zahnfehlstellung?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? ☐ Distalbiss Kl. II ☐ Tiefer Biss ☐ Mesialbiss Kl. III

☐ Offener Biss ☐ Engstand ☐ Kreuzbiss

☐ Andere:

6. Besteht eine Zahnanomalie?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

7. Fehlen Zähne bei geschlossener Zahnreihe?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, besteht eine Zahnkipfung?

☐ nein ☐ ja (Röntgenbilder beilegen)

8. Ist die zu versichernde Person gegenwärtig in Behandlung?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

9. Ist eine Behandlung geplant oder wünschenswert?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb? Wann?

10. Wann erfolgte die letzte Zahnbehandlung oder Kontrolle bei Ihnen?

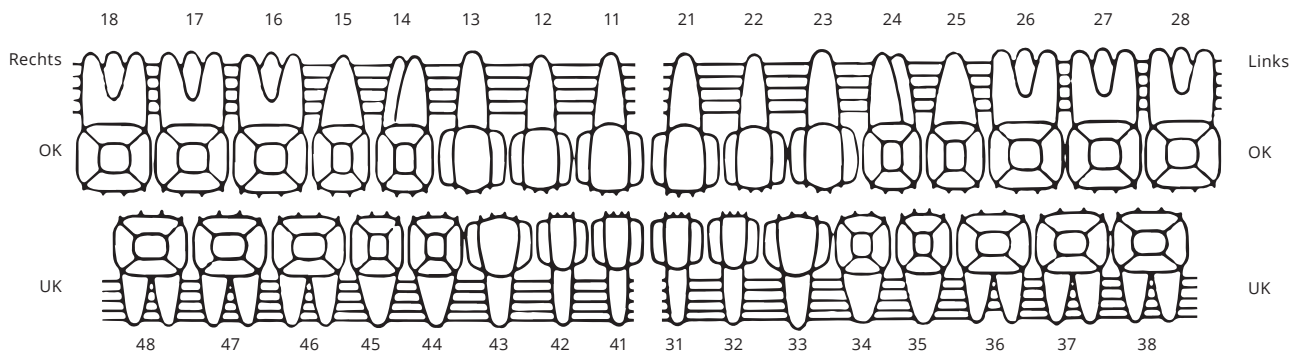
Dental Antrag

Versicherungsnehmer (Prämienzahler)

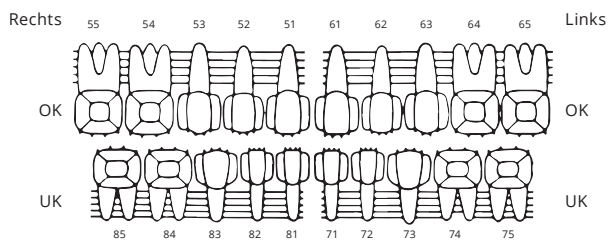
Name, Vorname

Bemerkungen des Zahnarztes:

Bitte Befunde mit dem entsprechenden Symbol im Schema einzeichnen:



Milchzähne:



- X Fehlender Zahn
- /// Fehlender Zahn bei geschlossener Zahnreihe
- ⊥ Füllung
- Krone
- Brücke
- ⊗ Implantat
- ^ Totale Prothese, Oberkiefer
- ∪ Totale Prothese, Unterkiefer
- ⌵ Teil-Prothese, Oberkiefer
- ⌴ Teil-Prothese, Unterkiefer
- D Devitaler Zahn
- R Retinierter Zahn
- ZK Zahnkipfung
- O Kariöser Zahn / defekte Füllung

Haben Sie alle Fragen vollständig beantwortet und die Röntgenbilder beigelegt?

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift Zahnarztes: