

Antrag für eine Zahnpflegeversicherung

Makler-/Vermittlername

Eingang: Visum / Datum

1 Personalien

Zu versichernde Person

Kundennummer Sanagate

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

Postfach

PLZ / Ort

2 Gewünschte Variante

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Variante 1 | 50 % des vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Betrages, max. CHF 500 pro Kalenderjahr. | Prämie in CHF
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Variante 2 | 75 % des vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Betrages, max. CHF 750 pro Kalenderjahr. | Prämie in CHF
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Variante 3 | 75 % des vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Betrages, max. CHF 1500 pro Kalenderjahr. | Prämie in CHF
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Variante 4 | 75 % des vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Betrages, max. CHF 3000 pro Kalenderjahr. | Prämie in CHF
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Variante 5 | 75 % des vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Betrages, max. CHF 5000 pro Kalenderjahr, mit einer Franchise von CHF 500 pro Kalenderjahr. | Prämie in CHF
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Variante 6
(Standard-Variante) | 50 % des vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Betrages, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr. | Prämie in CHF
<input type="text"/> |

Vertragsdauer

von bis

Karenzfrist: 12 Monate für Zahnprothetik, 6 Monate für übrige Zahnbehandlungen.

Hinweis: Vertragsdauer 3 Jahre mit stillschweigender Verlängerung.

Vorname

Name

3 Attest

Vom Zahnarzt auszufüllen

Damit die Risikoeinschätzung vorgenommen werden kann, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen durch Ihren Zahnarzt beantworten zu lassen.

Zustand der Zähne anlässlich der letzten Untersuchung vom:

Auf dem Schema sind **Füllungen mit O** und **Kronen, Brücken, Prothesen mit X** einzuzeichnen (exkl. Weisheitszähne).

Erwachsene**Milchzähne**

Rechts

Links

Rechts

Links

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

5 4 3 2 1	1 2 3 4 5
5 4 3 2 1	1 2 3 4 5

1. Zustand des Parodontes (Zahnfleischzustand):

 gut mittelmässig schlecht

2. Hygiene:

 gut mittelmässig schlecht

3. Okklusion (Verschliessung)

Klasse:

 I II III

4. Konservierend (Zahnerhaltung):

 gut mittelmässig schlecht keine

5. Wird eine kieferorthopädische Behandlung erwogen?

 nein ja, welche?6. Fehlende, nicht ersetzte Zähne
(exkl. Weisheitszähne): nein ja, welche?7. Erfolgte bisher eine jährliche Zahnkontrolle
und Zahnsteinentfernung? nein ja8. Steht in den nächsten 12 Monaten eine
Abklärung oder Behandlung an? nein ja, welche und an welchen Zähnen?

9. Sind Röntgenbilder vorhanden?

 nein ja, wenn ja, sind diese einzureichen (Rückgabe erfolgt)**Bestätigung durch den Zahnarzt**

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Gesundheitsdeklaration für Zahnversicherung

Gesundheitsfragen beziehen sich auf die zu versichernde Person

Personalien

Vorname

Name

Gesundheitsdeklaration

Von der antragstellenden Person oder deren gesetzlichen Vertretung auszufüllen.

Bitte präzisieren Sie die Fragen, welche Sie mit «Ja» (Details ↪) beantworten mit Angaben unter «Details zur Gesundheitsdeklaration».

*Erreicht Ihr Kind im Jahr des Versicherungsbeginns das 12. Altersjahr, so müssen die entsprechenden Fragen beantwortet werden.

- 1 Nehmen Sie zurzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? Nein Ja (Details ↪)

Wenn ja, Name der Medikamente unter Detailfragen nennen.

- 2 Nehmen oder nahmen Sie Drogen ein (Kokain, Heroin, Betäubungsmittel usw.)? Nein Ja

* 12. Altersjahr

Wenn ja, Name der Drogen, wie oft und Zeitraum nennen

Haben Sie in den letzten 5 Jahren geraucht?

Nein Ja

* 12. Altersjahr

Wenn ja, Anzahl Zigaretten pro Tag

Ich habe damit gänzlich aufgehört seit (Monat/Jahr):

Wenn ja, Anzahl Zigarren, Pfeifen usw. pro Woche

Ich habe damit gänzlich aufgehört seit (Monat/Jahr):

Wenn ja, Anzahl Joints pro Woche

Ich habe damit gänzlich aufgehört seit (Monat/Jahr):

- 3 Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen? Nein Ja (Details ↪)

Wenn ja, ist eine Kopie des Entscheides beizulegen (z.B. IV-Bescheinigung).

Details zur Gesundheitsdeklaration

Bezieht sich auf die Frage Nr.	Diagnose	Körperteil Lokalisation: links/rechts	Grund, Ursache, Hinweise, Bemerkungen, Symptome	Häufigkeit (einmalig, alle 3 Wochen, dauernd, etc.)	Behandlung, Beschwerden (jeweils Monat / Jahr) von bis		Behandlungsart (operiert, Physiotherapie, Spiegelung, Röntgen, CT, Medikamente, etc.)	Behandlung erfolgte durch (Name und Adresse)	Absolut folgenlos ausgeheilt?
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

4/5

Vorname

Name

Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung

Ort

Datum

Wichtige Bestimmungen VVG

Ich bestätige, dass bestehende Versicherungen in unveränderter Form bestehen bleiben. Ich wünsche, mit der CSS Versicherung AG (nachfolgend «Versicherer» genannt) einen/mehrere Vertrag/Verträge in der beantragten Form abzuschliessen, wobei ich mit der Unterzeichnung des vorliegenden Antrages akzeptiere, dass im Fall der Annahme für jede Zusatzversicherung ein separater Vertrag mit dem Versicherer abgeschlossen wird.

Ich erkläre mich für 14 Tage (bei ärztlicher Untersuchungen für 4 Wochen) an den Antrag gebunden und verpflichte mich im Fall eines Vertragsabschlusses zur Bezahlung der Prämien bis zum Ablauf der Versicherung.

Ich bestätige, dass meine Angaben in diesem Antragsformular – auch wenn die Antworten von der Kundenberaterin/dem Kundenberater, vom Vermittler oder durch Dritte niedergeschrieben wurden – korrekt und wahrheitsgetreu sind. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist der Versicherer gemäss den geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, den Vertrag zu kündigen.

Ich bestätige, alle relevanten AVB, Zusatzbedingungen (ZB) sowie die Besonderen Bedingungen (BB) erhalten und in vollem Umfang anerkannt zu haben. Zudem bestätige ich, dass mir die Informationen gemäss Art. 3 VVG und Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) mittels Übersichtsblatt zur Kenntnis gebracht und übergeben wurden.

Bei Versicherungsänderungen gelten bestehende Besondere Bedingungen (wie Leistungsausschlüsse etc.) im gleichen Umfang auch im geänderten Produkt weiter.

Ich verpflichte mich, ein Ausscheiden aus dem Versichertenkreis eines Rahmenvertrages zur Krankenzusatzversicherung dem Versicherer umgehend zu melden. Ich ermächtige den Versicherer zur Überprüfung der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis eines Rahmenvertrages zur Krankenzusatzversicherung. Ich bestätige, über die Voraussetzungen von Bestand, Änderung und Verlust der im vorliegenden Antrag aufgeführten und mich betreffenden Rabatte informiert worden zu sein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der CSS Versicherung AG soweit jeweils notwendig für die Risikoeinschätzung, zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung, für die Schadenbearbeitung, für Managed Care sowie für Marketing verwendet werden.

Zudem ermächtige ich den Versicherer, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsschutzes, zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung und zur Schadenerledigung jeweils notwendig ist, gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen. In diesen Fällen befreie ich die angefragten Personen gegenüber dem Versicherer von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Insbesondere entbinde ich den begutachtenden Zahnarzt vom Arztgeheimnis und ermächtige ihn, die notwendigen Angaben dem Versicherer bekannt zu geben. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die Kosten für Untersuchungen, Röntgenbilder und Ausfüllen des Attests im Zusammenhang mit diesem Antrag gehen zu Lasten der antragstellenden Person.

Ich weiss, dass der Versicherer und sein Vermittler im Rahmen des Vertragsabschlusses meine persönlichen Daten bearbeiten und gebe dazu ausdrücklich meine Einwilligung. Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass meine Daten zur Vertragsabwicklung an Versicherungsträger der CSS Gruppe weitergegeben werden können, die nicht Vertragspartner sind, und bin damit einverstanden.

Dieser Antrag gilt vorbehaltlich Angebots- und Prämienänderungen sowie der Genehmigung durch die Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA). Der Abschluss des Vertrages bedarf der Zustimmung der Geschäftsleitung des Versicherers. Rechtsträger ist die CSS Versicherung AG, Tribsehenstrasse 21, 6005 Luzern.

Unterschriften (Versicherungen nach VVG)

Ort

Datum

Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung

Für den Versicherer

Ort der Antragsaufnahme

Datum der Antragsaufnahme

Antragsaufnahme durch