

Gesundheitsverhältnisse Zahnpflege-Versicherung nach VVG

☐ bereits SLKK-Kunde

VN-Nr.:

Angaben zur Person

Name:	Vorname:		
Zivilstand:	Geschlecht:	☐ m ☐ w	Nationalität*:
Geburtsdatum:	Tel. Privat:		
E-Mail:	Tel. Geschäft:		

* Für Ausländer benötigen wir eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung, des Ausländerausweises und der Wohnsitzbestätigung.

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	
In welchen Intervallen?			
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	☐ Ja	☐ Nein	
Diagnose:			
Kieferfehlstellungen	☐ Ja	☐ Nein	
Diagnose:			
Bestehen nicht ersetzte, fehlende Zähne	☐ Ja	☐ Nein	
Diagnose:			
Bestehen nicht behandelte, defekte Zähne	☐ Ja	☐ Nein	
Diagnose:			
Bestehen Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopädische Apparaturen	☐ Ja	☐ Nein	
Welche?	Umfang, bzw. Zahn-Nr:		

Ist demnächst eine Behandlung geplant? (z.B. Ersatz insuffizienter Füllungen, Ersatzamalgamfüllungen, Entfernung von Weisheitszähnen, Kronen, Brücken, Prothesen, Überkronung devitaler, ohne Kantenschutz gefüllter Zähne, kieferorthopädisch, usw.)

☐ Ja
Welche?

☐ Nein

Bestand bereits bei einer anderen Versicherung eine Zahnpflegeversicherung? Falls ja, in welcher Höhe?

☐ Ja
CHF:

☐ Nein

Bemerkungen:

- 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 versichernde 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 und Datum:

Unterschrift des Antragstellers
(resp. des gesetzlichen Vertreters):
