

Policen-Nummer

Corporate-/Corporate Office-Vertragsnummer

Vermittler

Sanitas-Vermittlernummer

303 333

Stempel Partnergesellschaft / Makler

NGI Service Center

303 333

Postfach 458
8260 Stein am Rhein
Tel. 0840 644 644
www.ngi.ch

Versicherungsnehmer (Prämienzahler)

Herr Frau

Name, Vorname

Zustelladresse

c/o

Strasse, Nr. / Postfach

PLZ, Ort

Land

Zu versichernde Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich

weiblich

Zivilstand

Zivilrechtlicher Wohnsitz (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der Zustelladresse des Versicherungsnehmers)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Land

Antrag an die Sanitas Privatversicherungen AG

Rechtsgültige Adresse: Lagerstrasse 107, 8021 Zürich

Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherungsbeginn



Dental

Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen

Unfall ja nein

CHF

/Mt.

Hinweis

Das zahnärztliche Gutachten (Seiten 3 und 4) ist von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder einem Zahnarzt aus einem an die Schweiz angrenzenden Land auszufüllen. Der Antrag ist nur gültig, sofern zwischen der letzten zahnärztlichen Behandlung/Kontrolle und dem Datum der Antragstellung nicht mehr als sechs Monate liegen. Das zahnärztliche Gutachten und allfällige Röntgenbilder gehen zu Lasten der antragstellenden Person. Für Kinder bis zum 5. Geburtstag muss das zahnärztliche Gutachten (Seiten 3 und 4) nicht ausgefüllt werden.

Erklärung/Unterschrift des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

Ich beantrage den Abschluss der Zusatzversicherung Dental. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die Sanitas im Falle von unrichtigen oder verschwiegenen Angaben des Zahnarztes innert vier Wochen, nachdem sie davon erfahren hat, den Vertrag kündigen kann (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG).

Für alle diesen Antrag betreffenden Fragen entbinde ich Ärzte, Zahnärzte, Heilanstalten und übrige Medizinalpersonen gegenüber der Sanitas von ihrer Schweigepflicht. Für die Prüfung des vorliegenden Antrages dürfen Daten aus bestehenden Versicherungsverträgen nach KVG und VVG verwendet werden.

Ich erteile der Sanitas die Ermächtigung zur Bearbeitung der notwendigen Daten oder die Datenbearbeitung an Dritte zu übertragen. Diese Einwilligung gilt auch während der Vertragsdauer.

Ich bestätige, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Zusatzbedingungen für die Zahnpflegeversicherung Dental erhalten zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (Prämienzahler)

Unterschrift der zu versichernden Person

Minderjährige: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters;
Bevormundete: Unterschrift des Vormundes oder der
Vormundschaftsbehörde

Name und Adresse des Vormundes

Zahnärztliches Gutachten

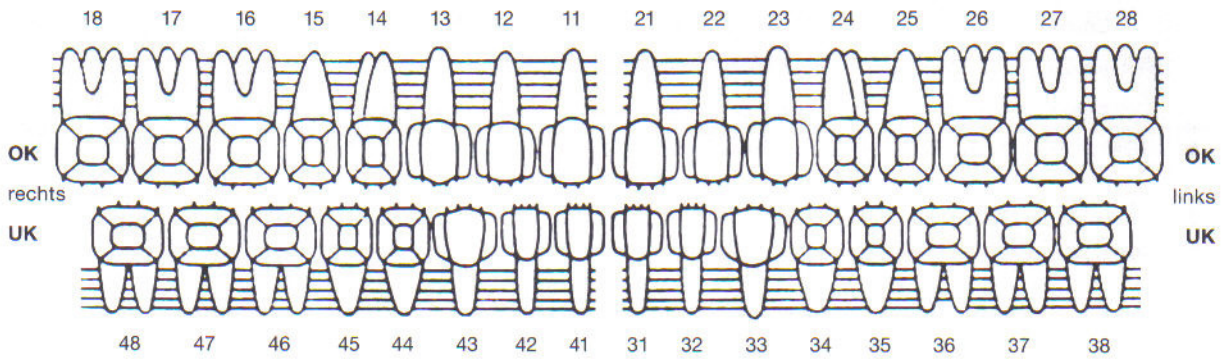
Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt, dass sich die Zähne der zu versichernden Person zurzeit in folgendem Zustand befinden:

1	konservierend	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
2	endodontisch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
3	parodontal	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
4	kieferorthopädisch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
5	Besteht ein Zahnersatz?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welcher?	Zustand	
	<input type="checkbox"/> Krone	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
	<input type="checkbox"/> Brücke	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
	<input type="checkbox"/> Implantat	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
	<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft
6	Besteht ein Bruxismus (Zähneknirschen, Pressen)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7	Bestehen devitale Zähne?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche? (Röntgenbilder sind beizulegen)		
	<input type="checkbox"/>		
8	Bestehen Folgen eines Zahnunfalls?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?		
	<input type="checkbox"/>		
	Unfalldatum		
	<input type="checkbox"/>		
9	Besteht eine Zahnfehlstellung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?		
	<input type="checkbox"/> Distalbiss Kl. II	<input type="checkbox"/> Tiefer Biss	Andere Fehlstellungen
	<input type="checkbox"/> Mesialbiss Kl. III	<input type="checkbox"/> Offener Biss	
	<input type="checkbox"/> Engstand	<input type="checkbox"/> Kreuzbiss	
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
10	Besteht eine Zahnanomalie?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?		
	<input type="checkbox"/>		
11	Fehlen Zähne bei geschlossener Zahnreihe?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, besteht eine Zahnkipfung? (Röntgenbilder sind beizulegen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12	Ist die zu versichernde Person gegenwärtig in Behandlung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, warum?		
	<input type="checkbox"/>		
13	Ist eine Behandlung geplant oder wünschenswert?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, weshalb?		
	<input type="checkbox"/>		
	Wann?		
	<input type="checkbox"/>		
14	Wann erfolgte die letzte Zahnbehandlung oder -kontrolle bei Ihnen?		
	<input type="checkbox"/>		

Bemerkungen des Zahnarztes

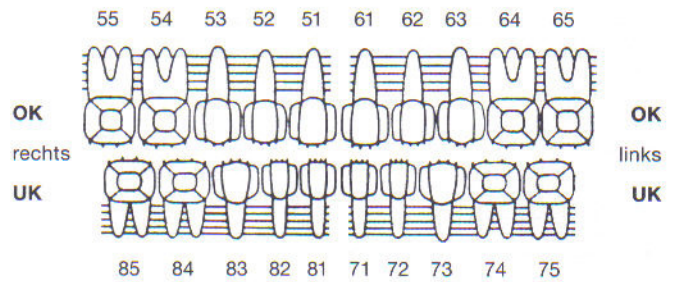
Four horizontal green-lined boxes for notes.

Bitte Befund mit dem entsprechenden Symbol im Schema einzeichnen



- X Fehlender Zahn
- ⊃ Fehlender Zahn bei geschlossener Zahnreihe
- ⊃ Füllung
- Krone
- Brücke
- ⊗ Implantat
- ∩ Totale Prothese, Oberkiefer
- ∪ Totale Prothese, Unterkiefer
- ⌘ Teilprothese, Oberkiefer
- ⌘ Teilprothese, Unterkiefer
- D Devitaler Zahn
- R Retinierter Zahn
- ZK Zahnkipfung

Milchzähne



Ort und Datum

Green-lined box for location and date.

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Green-lined box for stamp and signature.

Haben Sie alle Fragen vollständig beantwortet und allfällige Röntgenbilder beigelegt?