

Zahnpflegeversicherung DENTA

Versicherungs-Nr. _____ Familien-Nr. _____ _____
Versicherungsbeginn _____

Zu versichernde Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____	PLZ/Ort _____	
Nationalität _____	Telefon privat _____	Telefon Geschäft _____

DENTA: Zahnpflegeversicherung (Karenzfrist 365 Tage)

- Basic (75% der Zahnarztrechnung, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr)
 Top (75% der Zahnarztrechnung, max. CHF 1500.– pro Kalenderjahr)

Gesundheitsfragen

Eine Aufnahme in die Zahnpflegeversicherung DENTA ist nur möglich, wenn die letzte Kontrolle durch einen Zahnarzt nicht länger als 2 Jahre zurückliegt.

1. Wann haben Sie das letzte Mal einen Zahnarzt aufgesucht? _____
2. Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein
3. Besteht eine korrekturbedürftige Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
4. Ist eine Zahnstellungskorrektur gewünscht? Ja Nein
5. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Zahnfleisches, der Mundhöhle und/oder des Zahnhalteapparates? Ja Nein
6. Sind ausser den jährlichen prophylaktischen Untersuchungen Behandlungen oder Operationen vorgesehen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
7. Wie viele Korrekturen oder Füllungen besitzt ihr Gebiss zurzeit? _____

Bei Antrag für DENTA Top ist zusätzlich das Zeugnis auf der Rückseite durch einen Zahnarzt in der Schweiz ausfüllen zu lassen (ausgenommen sind Kinder bis zum 6. Geburtstag).

Zeugnis

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

	gut	mittel	schlecht
konservierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
paradontal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prothetisch (soweit vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
orthodontisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

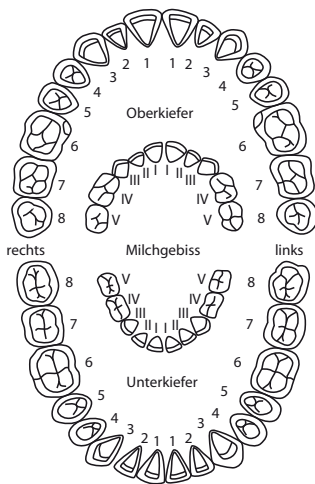
Ist eine Zahnkorrektur vorgesehen?

Ja Nein

Die Zähne bzw. das Gebiss der betreffenden Person bedürfen momentan:

- einer Behandlung
- keiner Behandlung

Überkrone (K), fehlende (X) oder gefüllte Zähne (O) sind auf dem Schema zu bezeichnen:



Wie viele Füllungen weisen die Zähne bzw. das Gebiss auf? _____

Sind Total- oder Teilprothesen vorhanden?

Oberkiefer Unterkiefer

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Erklärung des Unterzeichnenden

Ich habe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erhalten. Durch Unterzeichnung dieses Versicherungsantrages ermächtige ich sämtliche Zahnärzte, die mich schon behandelt haben oder noch behandeln werden, sowie jene Versicherungen, denen ich schon angehörte oder angehöre, der PROVITA Gesundheitsversicherung AG jede Auskunft, die in Verbindung mit dieser abgeschlossenen Zahnpflegeversicherung steht, zu erteilen. Ich erkläre mich für 14 Tage (bei ärztlicher Untersuchung 4 Wochen) an den Antrag gebunden. Die Versicherung trifft auf das beantragte Datum in Kraft, frühestens aber auf den 1. des nächsten Monats nach Eingang des Antrages bei der PROVITA, sofern die Versicherung auf Grund der Gesundheitsprüfung im beantragten Ausmass abgeschlossen werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

