

Versicherungsantrag DENTApus Zahnpflegeversicherung nach VVG

Zu versichernde Person	Vorname, Name		
Geburtsdatum	Strasse, Nr.		
	PLZ, Ort, Land		
Gesetzlicher Vertreter für Minderjährige	Vorname, Name		
Versicherungen ab	Tag	Monat	Jahr
Versicherungsangebot DENTApus			
Variante	Altersgruppe	Prämie	CHF
Rabatt		Nettoprämie	CHF
Gesundheitsfragen			
1 Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet? (Ausgenommen Antibabypille)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Ja, welche?		
	von	bis	
2 Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen? (Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens?		
3 Sind Sie zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist eine solche geplant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Ja, Name und Adresse des Zahnarztes		
4 Wie häufig gehen Sie zur Zahnkontrolle?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1 x pro Jahr	<input type="checkbox"/> 2 x pro Jahr
5 Wie häufig gehen Sie zur Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1 x pro Jahr	<input type="checkbox"/> 2 x pro Jahr

Hinweis für den Antragsteller/die zu versichernde Person

Das beiliegende Zahnarztzeugnis müssen Sie von einem eidg. dipl. Zahnarzt (oder gemäss kantonalen Bestimmungen diesem gleichgestellten Zahnarzt oder einer diplomierten Dentalhygienikerin) ausfüllen lassen.

Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuch und die Röntgenbilder gehen zu Lasten des Antragstellers/der zu versichernden Person. Der Leistungsanspruch in der DENTApus Zahnpflegeversicherung beginnt nach einer Karenzfrist von 6 Monaten nach Beginn der Versicherung.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich Leistungserbringer, Krankenversicherer, Vertrauensärzte und andere zuständige Stellen von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber den Helsana-Gruppengesellschaften sowie weiteren Versicherungsträgern gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung erforderlichen Auskünfte (für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung) zu erteilen. Zur Helsana-Gruppe gehören neben der Helsana Zusatzversicherungen AG, u.a. die Helsana Versicherungen AG, Helsana Unfall AG und Progrès Versicherungen AG.

Für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung ermächtige ich die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Mitglieder der Helsana-Gruppe sowie deren Partnerunternehmen gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und zu diesem Zweck zu bearbeiten.

Diese Personendaten werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie eine allfällige Wiedererwägung zu Gunsten eines vorerst abgelehnten Versicherungsinteressenten zwingend erfordern. Anschliessend werden die Personendaten wieder gelöscht.

Ich bestätige, vor Einreichung des Antrages die entsprechenden Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB/BVB) für die beantragten Zusatzversicherungen sowie die Kundeninformation nach VVG sowie allfällige Produkteblätter und – sofern die Beratung durch Dritte oder Helsana-Mitarbeitende erfolgt ist – das Informationsformular nach VAG des Versicherungsberaters erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass ich regelmässig per SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über weitere Produkte und Angebote der Helsana-Gruppe, die auf meine individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein könnten, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ferner bin ich auch damit einverstanden, dass ich regelmässig via SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über Produkte und Angebote von Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe, die auf der Website von Helsana aufgeführt sind, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ich habe die auf der Website von Helsana enthaltenen Datenschutzbestimmungen für diesen Zusatznutzen zur Kenntnis genommen. Ferner bin ich auch über die dort aufgeführten Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe orientiert.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für die oben erwähnten Marketingzwecke schriftlich dem Kundendienst mitteilen muss.

Ort und Datum

Unterschrift zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter

X

X



Zahnärztlicher Fragebogen zu DENTApplus Zahnpflegeversicherung nach VVG

Zu versichernde Person

Vorname, Name

Geburtsdatum

Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuch und die Röntgenbilder gehen zu Lasten des Antragstellers/der zu versichernden Person.

Ab dem 7. Geburtstag erfolgt die Abklärung nur mit Röntgenbildern (mind. 2 Bite-Wings). Diese dürfen nicht älter als 2 Jahre sein und werden nach erfolgter Risikoprüfung zurückgesandt. Bitte jede Frage beantworten!

1 Wann fand der letzte zahnärztliche Kontrolluntersuch statt?
(dieser darf nicht länger als 1 Jahr zurückliegen)

Datum

2 Besteht eine Krankheit, die den Zustand der Zähne beeinflusst/beeinflussen könnte?

Ja Nein

Ja, welche

3 Erfolgten bisher zahnärztliche Kontrollen und Zahnsteinentfernungen?

Ja Nein

Ja, in welchen Abständen

4 Ist eine Behandlung vorgesehen?

Ja Nein

Ja, welche und wann ist diese geplant

5 Bestehen Abrasionen oder Erosionen?

Ja Nein

Ja, weshalb

6 Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?

Ja Nein

Ja, welche Art der Fehlstellung

7 Sind Füllungen vorhanden?

Ja Nein

Ja, Zustand schlecht mittelmässig gut

8 Besteht ein festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz?

Ja Nein

Ja, Zustand schlecht mittelmässig gut

9 Mundhygiene?

schlecht mittelmässig gut

10 Zustand des Parodonts?

Wenn vorhanden, bitte Taschenindex beilegen

schlecht mittelmässig gut

11 Sind fehlende, nicht ersetzte Zähne oder Nichtanlagen vorhanden?

Ja Nein

Wenn «Ja», bitte nebenstehend markieren.

55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75

12 Sind kariöse Zähne vorhanden?

Ja Nein

Wenn «Ja», bitte nebenstehend markieren.

55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75

13 Sind wurzelbehandelte Zähne vorhanden?

Ja Nein

Wenn «Ja», bitte nebenstehend markieren.

55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75

14 Sind unfallgeschädigte Zähne vorhanden?

Ja Nein

Wenn «Ja», bitte nebenstehend markieren.

55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75

Der unterzeichnende eidg. dipl. Zahnarzt (oder gemäss kantonalen Bestimmungen diesem gleichgestellten Zahnarzt)/die unterzeichnende dipl. Dentalhygienikerin bestätigt, dass der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt ist. Unvollständige oder falsche Angaben können die Ablehnung von Leistungen, Vorbehalte oder die Kündigung des Vertrages zur Folge haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes / der Dentalhygienikerin

X

X

