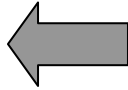


Experte24
Elsenheimer Str. 41
80687 München



Bitte als Versandadresse nutzen!

Ihre Antragsunterlagen für die ARAG Zahnzusatzversicherung

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

als einer der führenden Onlinevermittler in Deutschland beglückwünschen wir Sie zu Ihrer Entscheidung für die ARAG Zahnzusatzversicherung.

Mit der Wahl der ARAG Zahnzusatzversicherung beugen Sie im höchsten Maße zukünftigen finanziellen Belastungen aufgrund zahnmedizinischer Behandlungen vor.

Im Folgenden finden Sie die Beitragstabelle sowie die benötigten Unterlagen zur schnellen und unkomplizierten Beantragung Ihres Wunschtarifes.

Versand der Antragsunterlagen:

Den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag können Sie uns auf folgenden Wegen zukommen lassen:

Per Post:

Nutzen Sie hierzu bitte dieses Anschreiben. Die Versandadresse ist im Briefkopf bereits vermerkt.

oder per Fax:

Senden Sie die Formulare bitte an 089 / 30 90 99 77. Den Faxeingang bestätigen wir Ihnen umgehend per eMail oder telefonisch.

oder per eMail:

Senden Sie uns hierzu den unterzeichneten Antrag in gescannter Form per eMail an info@zahnzusatzversicherung.com.

Ihre Prämie - eine elektrische Braun Oral B Vitality Zahnbürste - lassen wir Ihnen kurz nach Versicherungsbeginn mit separater Post zukommen.

Sollten Fragen auftauchen zögern Sie nicht uns gebührenfrei unter 0800 / 600 333 08 zu kontaktieren. Montag bis Freitag von 9 Uhr bis 19 Uhr stehen Ihnen unsere Kollegen gerne mit Rat und Tat zur Seite.

Wir würden uns freuen, auch Sie bald als Kunde von Experte24 begrüßen zu dürfen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Ihr Experte24-Team

Monatliche Beiträge in Euro ab 01.01.2009						
Tarifbeiträge für Männer			Tarifbeiträge für Frauen			
EA	Z100	Z70	Z100	Z70	EA	
0-15	7,17	5,75	7,17	5,75	0-15	
16	11,90	7,53	15,37	10,43	16	
17	11,90	7,53	15,37	10,43	17	
18	11,90	7,53	15,37	10,43	18	
19	11,90	7,53	15,37	10,43	19	
20	11,90	7,53	15,37	10,43	20	
21	13,73	8,30	19,02	11,47	21	
22	14,18	8,57	19,61	11,83	22	
23	14,61	8,83	20,19	12,17	23	
24	15,05	9,10	20,77	12,53	24	
25	15,49	9,37	21,36	12,88	25	
26	15,94	9,63	21,92	13,22	26	
27	16,37	9,89	22,49	13,56	27	
28	16,81	10,16	23,05	13,90	28	
29	17,23	10,42	23,59	14,23	29	
30	17,65	10,67	24,14	14,56	30	
31	18,06	10,92	24,67	14,88	31	
32	18,46	11,16	25,18	15,18	32	
33	18,85	11,40	25,68	15,48	33	
34	19,24	11,63	26,18	15,78	34	
35	19,60	11,85	26,65	16,07	35	
36	19,96	12,07	27,12	16,35	36	
37	20,31	12,28	27,57	16,63	37	
38	20,65	12,48	28,01	16,89	38	
39	20,97	12,68	28,43	17,14	39	
40	21,30	12,88	28,84	17,39	40	
41	21,61	13,06	29,24	17,63	41	
42	21,90	13,24	29,62	17,86	42	
43	22,20	13,42	29,99	18,09	43	
44	22,47	13,58	30,35	18,30	44	
45	22,74	13,74	30,69	18,51	45	
46	23,00	13,90	31,03	18,71	46	
47	23,24	14,05	31,34	18,90	47	
48	23,48	14,19	31,64	19,08	48	
49	23,70	14,33	31,93	19,25	49	
50	23,91	14,46	32,21	19,42	50	
51	24,11	14,58	32,48	19,59	51	
52	24,31	14,70	32,73	19,74	52	
53	24,49	14,81	32,97	19,88	53	
54	24,66	14,91	33,19	20,02	54	
55	24,83	15,01	33,41	20,15	55	
56	24,98	15,10	33,61	20,27	56	
57	25,13	15,19	33,81	20,39	57	
58	25,27	15,28	33,98	20,49	58	
59	25,41	15,36	34,15	20,59	59	
60	25,53	15,43	34,32	20,69	60	
61	25,65	15,51	34,47	20,78	61	
62	25,76	15,57	34,60	20,86	62	
63	25,87	15,64	34,73	20,94	63	
64	25,98	15,70	34,87	21,02	64	
65	26,07	15,76	34,99	21,10	65	



Ges.	Abschluss-VP	Abschluss-Orga	%-Anteil	VS-Versand über AST <input type="checkbox"/> ja
------	--------------	----------------	----------	--

Neuantrag Änderungsantrag, ARAG Vertrags-Nr. _____

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen den Abschluss/die Änderung einer Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG.

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/ Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip im zahnärztlichen Versorgungsbereich gewählt wurde.

Versicherungsbeginn

Datum zugleich Monat der 1. Beitragsfälligkeit

Versicherungsnehmer/Antragsteller

Herr Name, Vorname, Titel Frau _____ Geburtsdatum _____ Nationalität led. verh.

Straße, Hausnummer _____ Adresszusatz _____

PLZ _____ Wohnort _____ Telefon _____

E-Mail _____ Fax _____

Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____
 Selbstständiger _____

Beitragszahlung

Ich wünsche die **widerrufliche Abbuchung** meiner Beiträge von folgendem Konto zum 01. eines Monats zum 15. eines Monats

Geldinstitut _____ Name des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller _____

Kontonummer (kein Sparkonto) _____ Bankleitzahl _____ Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller _____

Ich wünsche Überweisung

Zahlungsweise

jährlich (4 % Skonto) ½-jährlich (2 % Skonto) ¼-jährlich monatlich

Zu versichernde Person 1

Herr Name, Vorname, Titel (wenn nicht zugleich Antragsteller) Frau _____ Geburtsdatum _____ Nationalität led. verh.

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller _____

Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____
 Selbstständiger _____

Zu versichernde Person 2

Herr Name, Vorname, Titel Frau _____ Geburtsdatum _____ Nationalität led. verh.

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller _____

Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____
 Selbstständiger _____

Zu versichernde Person 3

Herr Name, Vorname, Titel Frau _____ Geburtsdatum _____ Nationalität led. verh.

Anschrift, falls abweichend vom Antragsteller _____

Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche _____
 Selbstständiger _____

Tarife und Beiträge

Person 1	<input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag Euro <input type="text"/>	Zuschlag Euro <input type="text"/>
Person 2	<input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag Euro <input type="text"/>	Zuschlag Euro <input type="text"/>
Person 3	<input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag Euro <input type="text"/>	Zuschlag Euro <input type="text"/>

Gesamtbeitrag

Monatlicher Gesamtbeitrag Euro
inkl. evtl. Zuschläge

Die in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG im Abschnitt „Wichtige Hinweise“.

Fragen an die zu versichernden Personen

1. Besteht Versicherungsschutz in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse?

Person 1 <input type="checkbox"/> ja	Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein
Person 2 <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Person 3 <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

2. a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.

Person 1	Person 2	Person 3
ja	nein	ja
ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Anzahl der **fehlenden, nicht ersetzten Zähne** (ohne Milch- oder Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben) und/oder Anzahl der **durch Prothesen ersetzten Zähne** (herausnehmbarer Zahnersatz):

Person 1 keine Anzahl* Person 2 keine Anzahl* Person 3 keine Anzahl*

* Bei 1-4 Zähnen erkläre ich mich mit einem Beitragszuschlag von 10 % je Zahn auf die beantragten Zahntarife einverstanden. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn die Frage 2. a) mit **nein** beantwortet wurde.

Ab fünf Zähnen ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A 804 – erforderlich.

Person 1	Person 2	Person 3
ja	nein	ja
ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen.

Schweigepflicht-entbindungserklärungen

Im Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ befinden sich wichtige Informationen zur Schweigepflichtentbindung. Sie haben diese gelesen und geben mit Ihrer Unterschrift die dort abgedruckten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung für die Antrags- und die Leistungsprüfung ab. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages. Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die Antragsprüfung / Leistungsprüfung wird nicht abgegeben.

Empfangsbestätigung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (nicht Zutreffendes bitte streichen):

Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Produktinformationsblatt, Versicherteninformationen), Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I bis III, Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Beratungsprotokoll

Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (nicht Zutreffendes bitte streichen).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (nicht Zutreffendes bitte streichen). Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Wichtig für Versicherungsnehmer/ zu versichernde Personen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die wichtigen Hinweise auf der Antragsrückseite sowie das Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrages. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10 und erhalten Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

Datenschutzeinwilligungserklärung

Im Informationsblatt „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ befinden sich wichtige Unterlagen zum Datenschutz. Sofern nicht gestrichen, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese gelesen haben und willigen ein, dass Ihre allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Sofern nicht gestrichen, willigen Sie ferner ein, dass über Sie Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelt.

Unterschriften (Vor- und Zunamen)

Ort, Datum	Antragsteller	
1. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	2. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	3. zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Wichtige Hinweise

Allgemeine Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

Der Krankenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist frühestens zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich.

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

In der überwiegenden Anzahl unserer Tarife sehen wir unterschiedliche Prämien für Frauen und Männer vor. Die Berücksichtigung des Geschlechts als Faktor der Risikobewertung beruht auf statistischen Daten. Unter www.pkv.de/Statistiken sind unter "Nachweise gemäß AGG" entsprechende Daten veröffentlicht.

Um einer möglichen Beitragsbelastung im Alter vorzubeugen, können Sie zusätzlich auch selbst Vorsorge treffen: In jungen Jahren ermöglichen bereits geringe Sparbeiträge eine beachtliche Kapitalreserve für das Alter. Wir bieten Ihnen z.B. die Möglichkeit, in Form einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung bei der ARAG Lebensversicherungs-AG individuell vorzusorgen.

Tarif- und Bedingungsübersicht

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife Z70 und Z100 setzen sich aus Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, MB/KK 2009), Teil II (Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung) zusammen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind innerhalb von acht Tagen gegenüber der ARAG Krankenversicherungs-AG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie den nachstehenden Informationen entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Ihre
ARAG
Krankenversicherungs-AG

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Bitte zurück an

ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 860129 · 81628 München

ARAG
Krankenversicherungs-AG
Prinzregentenplatz 9
81675 München

**ARAG Kranken-
versicherungs-AG**

Prinzregentenplatz 9
81675 München

oder per Fax 089/41 24 - 25 25

Zahnärztlicher Befundbericht (Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Behandlungsplan	R																	L
Befund		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																		
Behandlungsplan																		

Befund

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- b = Brückenglied
- k = überkronte Zähne
-) (= Lücke geschlossen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- z = zerstörte Zähne
- c = kariöse Zähne
- i = Implantat
- y = Inlay
- T = Konus-/Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich /geplant?
Bitte den Behandlungsplan in o.g. Schema eintragen.

Behandlungsplan

- E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
- T = Konus-/Teleskopkrone
- K = Vollgusskrone
- B = Vollgussbrückenglied
- V = Kunststoffverblendung
- I = Inlay
- M = Keramikverblendung
- F = Füllung
- i = Implantat
- TK = Teilkkrone

Sonstige zahnärztliche Maßnahmen erforderlich/geplant? ja nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Erklärung des Antragstellers zum Antrag vom

für Versicherungs- / Antrags-Nr.

Kosten für die lt. obigem Zahnbefund mit f, s, z und c bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Für die Tarife der Krankheitskosten-Zusatzversicherung gilt außerdem:
Implantologische Leistungen für die lt. obigem Zahnbefund mit e bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Die Erklärung bedarf der Annahme durch den Versicherer

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers