



# Versicherungsantrag DENTApplus Zahnpflegeversicherung nach VVG

**Antragsteller**

Geburtsdatum

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Land

**Gesetzlicher Vertreter für Minderjährige**

Name, Vorname

**Versicherungsbeginn**

Tag

Monat

Jahr

**Versicherungsangebot DENTApplus**

Variante

Altersgruppe

Prämie

CHF

Rabatt

Nettoprämie

CHF

**Gesundheitsfragen**

1 Nehmen/nahmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Ja  Nein

Ja, seit wann/wie lange?

Welche?

2 Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen?

Ja  Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei.

Ja, Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens?

3 Sind Sie zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist eine solche geplant?

Ja  Nein

Ja, Name und Adresse des Zahnarztes

4 Wie häufig gehen Sie zur Zahnkontrolle?

Nie  1 x pro Jahr  2 x pro Jahr

5 Wie häufig gehen Sie zur Zahnreinigung?

Nie  1 x pro Jahr  2 x pro Jahr

**Hinweis für den Antragsteller**

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 Leistungsanspruch in der DENTApplus 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 Spitäler, Ärzte, Vertrauensärzte (namentlich von der KK Stoffel Mels und der Helsana-Gruppe) sowie medizinisches und vertrauensärztliches Personal, Behörden, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Helsana Zusatzversicherungen AG, der KK Stoffel Mels und der Helsana-Gruppe 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. Mitglieder der Helsana-Gruppe sind neben der Helsana Zusatzversicherungen AG, die Helsana Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, sansan Versicherungen AG, avanex Versicherungen AG, maxi.ch Versicherungen AG, Helsana Unfall AG, Helsana Beteiligungen AG, Helsana und Procure Vorsorge AG.

Für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung ermächtige ich die Helsana Zusatzversicherungen AG, die Mitglieder der Helsana-Gruppe, KK Stoffel Mels sowie allfällige weitere Versicherungsträger gemäss der 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 Antragstellers 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 erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift allfälliger Berater

Ort und Datum

Unterschrift allfälliger Übersetzer

# Zahnärztlicher Fragebogen zu DENTApus Zahnpflegeversicherung nach VVG

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

**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 sollte 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 Zahnarzt/die unterzeichnende 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