



Abw. Portefeuille-Nr.

Kundenberater/in-Nr.

Vermittler/in-Nr.

Kundenberater/in

## Antrag für Zahnbehandlungs-Versicherung

Police-Nr.

Antragssteller/in oder Versicherungsnehmer/in

Name  Vorname  Geb. Datum

Strasse/Nr.  PLZ/Ort

Zusätzliche Angaben zur Adresse

Beginn 01.  BB Ausgabejahr

### Zusatzversicherungen nach VVG (Versicherer: KPT Versicherungen AG)

Versicherungsvarianten (gewünschte Variante X)	Monatsprämie CHF
<input type="checkbox"/> Kl. 0 50 % der Zahnbehandlungskosten / Zahnstellungskorrekturen, max. CHF 300.- pro Kalenderjahr	
<input type="checkbox"/> Kl. 1 50 % der Zahnbehandlungskosten / Zahnstellungskorrekturen, max. CHF 500.- pro Kalenderjahr	
<input type="checkbox"/> Kl. 2 50 % der Zahnbehandlungskosten / Zahnstellungskorrekturen, max. CHF 1000.- pro Kalenderjahr	
<input type="checkbox"/> Kl. 3 75 % der Zahnbehandlungskosten / Zahnstellungskorrekturen, max. CHF 1500.- pro Kalenderjahr	
<input type="checkbox"/> Kl. 6 75 % der Zahnbehandlungskosten, max. CHF 10'000.- pro Kalenderjahr	

### Fragen zur versicherten Person und zum Gesundheitszustand

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet wurden und Ihr Zahnarzt den „Zahnärztlichen Fragebogen“ vollständig ausgefüllt hat. Striche oder andere Zeichen gelten nicht als Antwort und können nicht akzeptiert werden.

Gesundheitserklärung der Agilia Krankenkasse AG (Versicherer: KPT Versicherungen AG)

Ziffer	Frage	Ja	Nein
1	Sind Sie gegen Krankheit/Unfall versichert? Wenn ja: wo? (Kasse, Gesellschaft, SUVA)	Krankheit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Unfall <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben Sie noch andere Zahnversicherungen? Wenn ja: wo? (Kasse, Gesellschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wurde je ein von Ihnen gestellter Zahnversicherungs-Antrag abgelehnt oder eine bestehende Zahnversicherung gekündigt? Wenn ja: durch wen, wann und warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Besteht eine Erkrankung des Kausystems? Wenn ja: welche Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Besteht eine schwere Allgemeinerkrankung, deren Folgen zu zahnärztlichen Behandlungen führen können? Wenn ja: welche Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie bestätigen, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und gegebenenfalls der anwendbaren Besonderen Bedingungen (BB) erhalten zu haben. Die KPT Versicherungen AG bearbeitet Personendaten ihrer Kunden ausschliesslich zu Versicherungszwecken und unter Einhaltung der geltenden Datenschutzrichtlinien. Die Aufbewahrung der Personendaten erfolgt sowohl in physischer wie elektronischer Form und geschützt vor unbefugtem Zugriff durch Dritte.

Ort und Datum  Unterschrift

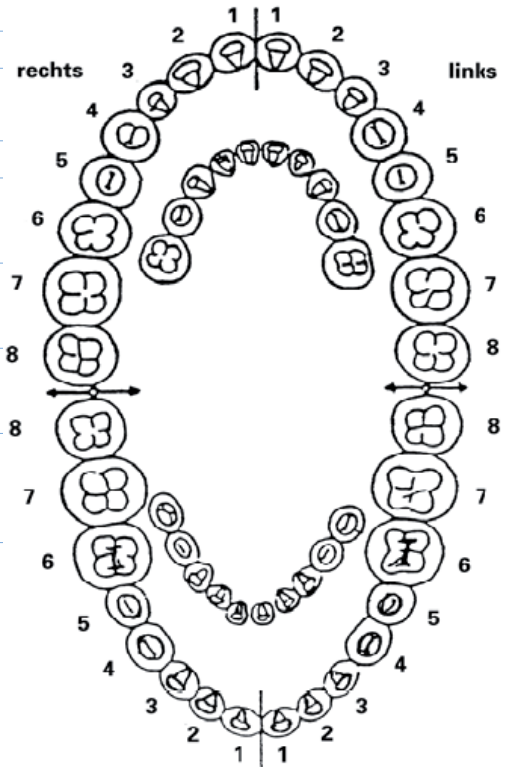
Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

## Zahnärztlicher Fragebogen

Eventuelle Kosten dieses Zeugnisses trägt der/die Antragsteller/in

Bitte jede Frage genau beantworten

1	<b>Zustand des Parodontes</b> Wenn mittelmässig oder schlecht, weshalb? (z.B. altersbedingt)	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig*	<input type="checkbox"/> schlecht*
		*Bitte bestehende Röntgenaufnahmen beilegen		
2	<b>Hygiene</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> ungenügend
3	<b>Okklusion</b> Weshalb?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> traumatisch	Bitte Bite-Wing-Aufnahme anfertigen lassen und beilegen
4	<b>Genauere kieferorthopädische Diagnose</b> Ist eine kieferorthopädische Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt oder später vorgesehen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> KL I	<input type="checkbox"/> KL II	<input type="checkbox"/> KL III
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
5	<b>Füllungen</b> Wenn ja, wie ist der Zustand?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Material
		<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Bitte auf dem Schema den/die entsprechenden Zahn/Zähne mit einem <F> bezeichnen				
6	<b>Kronen / Brücken</b> Wenn ja, wie ist der Zustand? Wenn mittelmässig oder schlecht, weshalb?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Bitte auf dem Schema den/die entsprechenden Zahn/Zähne mit einem <K> für Kronen, bzw. <B> für Brücken bezeichnen				
7	<b>Prothesen</b> Wenn ja, wie ist der Zustand? Wenn mittelmässig oder schlecht, weshalb?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
		<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Bitte auf dem Schema die Prothese skizzieren und mit <P> bezeichnen				
8	<b>Fehlende, nicht ersetzte Zähne</b> Wenn ja, bitte auf dem Schema den/die Zähne mit <X> bezeichnen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
9	<b>Wann wurde die letzte Behandlung abgeschlossen?</b>			
10	<b>Wann haben Sie Ihre/n Patientin/Patienten erstmals behandelt?</b>			
11	<b>Wann fand die Untersuchung für die Aufnahme in die Zahnversicherung statt?</b>			
12	<b>Ist demnächst oder in voraussehbarer Zeit eine Behandlung erforderlich?</b> Wenn ja, welche Behandlung? Wann wird diese Behandlung durchgeführt? Weshalb konnte die Behandlung nicht vorher durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	



Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt dass  
- alle erforderlichen Untersuchungen durchgeführt wurden.  
- der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt ist.

Ort Datum

Stempel und Unterschrift

Zahnärztin/Zahnarzt