



Richtig gut versichert.

sympany

Zahnversicherung dental

Kluges Rezept gegen Löcher im Budget –
für Gross und Klein.

dental

Lückenlose Leistungen.

Zahnkosten minimal

dental leistet grosszügige Beiträge an:

- Zahnärztliche Behandlungen
- Laborleistungen
- Prophylaxe und Kontrolle

Übrigens auch, wenn Sie sich in einem Nachbarland der Schweiz behandeln lassen!

dental lässt keine Lücken offen:

- Für Kinder bis 3 Jahre gratis* und ohne Gesundheitsprüfung
- Bis zu CHF 100.- pro Kalenderjahr an Prophylaxe und Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen für gesunde Zähne

Lückenlos und zuverlässig

Schon nach sechs Monaten beginnt üblicherweise der Leistungsanspruch bei **dental**. Für prothetische Versorgungen wie Kronen, Brücken, Gebisse, Stiftzähne, Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen usw. beträgt die Karenzzeit zwölf Monate.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungen abgeschlossen bzw. geführt werden: Grundversicherung, **plus, premium, allgemeiner zusatz, privat zusatz, hospita** oder **salto**.

Welche Lücke wollen Sie füllen? Monatsprämien in CHF ab 1.1.2017

Diese dental Varianten stehen zur Auswahl

Monatsprämien Versicherungsdeckung	Alter 0-3*	4-5*	6-10	11-15	16-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60
50%, max. CHF 1'000.-/ Kalenderjahr	gratis	4.50	7.00	17.00	17.00	15.50	22.00	24.00	26.00	30.50	32.00	33.50	35.00	36.00
75%, max. CHF 1'500.-/ Kalenderjahr	gratis	8.00	13.00	30.50	30.50	27.50	39.50	43.00	47.00	55.00	58.00	60.50	63.00	65.00
75%, max. CHF 5'000.-/ Kalenderjahr	gratis	16.00	26.50	62.50	62.50	56.50	81.00	89.00	96.50	113.50	119.00	124.50	129.50	133.50

* Die Prämie fällt ab dem 1.1. des Jahres an, in dem das Kind 4 Jahre alt wird.

Antrag auf Versicherungsabschluss dental

Eingang:

Versicherten-Nr.:

1. Personalien

Name:

Geburtstag:

(Verheiratete: bitte beide Familiennamen angeben)

Vorname:

Telefon (tagsüber erreichbar)

Strasse/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Geschlecht M W

Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum):

2. Versicherungsvariante

Gewünschte Variante bitte ankreuzen.

Versicherungsdeckung

50%, max. CHF 1'000.-/Kalenderjahr

75%, max. CHF 1'500.-/Kalenderjahr

75%, max. CHF 5'000.-/Kalenderjahr

Prämie/Monat

3. Versicherungsbeginn

Ich wünsche den Beginn von **dental** per:

4. Zahlungsverkehr

Nur ausfüllen, wenn diese Angaben Sympany noch nicht bekannt sind.

Konto für: Rückerstattung Prämienrechnung (LSV)

Konto-Inhaberin/Konto-Inhaber:

Konto-Nr.:

Name:

Post Bank

Vorname:

Name:

PLZ, Wohnort

Filiale:

Zahlungsart: monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Kollektivversicherte: Prämienzahlung über Lohnabzug

Datum/Visum Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:

Bitte Rückseite vollständig ausfüllen.



5. Gesundheitsverhältnisse

Bitte jede Frage klar beantworten. Striche gelten nicht als Antwort.

Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw. sind nicht versichert.

1. a) Wann haben Sie zuletzt eine zahnärztliche Behandlung oder Kontrolle vornehmen lassen? (Muss innerhalb der letzten zwölf Monate sein)

- b) Name und Adresse der damals behandelnden Zahnarztpraxis:

- c) Sind die Zähne vollkommen in Ordnung (keine Behandlung mehr notwendig)?

ja nein

Bemerkungen:

Hinweis: in folgenden Fällen sind weitere Behandlungen notwendig:

- falls die letzte Behandlung oder Kontrolle mehr als ein Jahr zurückliegt,
- falls Zähne entfernt und deren Lücken mit Stiftzähnen, Brücken und Kronen geschlossen werden müssen oder eine Teil- oder Totalprothesen benötigt wird,
- falls sich bestehende prothetische Arbeiten in schlechtem Zustand befinden oder defekt sind.

- d) Ist aktuell eine Zahnbehandlung/Kontrolle geplant? Wenn ja, weshalb?

ja nein

2. a) Bestehen Zahnfehlstellungen?

ja nein

Diagnose:

- b) Bestehen Kieferfehlstellungen?

ja nein

Diagnose:

3. a) Bestehen Zahnfleisch-/Zahnbetterkrankungen?

ja nein

Diagnose:

- b) Bestehen Mundhöhlenerkrankungen?

ja nein

Diagnose:

- c) Bestehen Kiefererkrankungen?

ja nein

Diagnose:

6. Beitrittserklärung

Mit meiner Unterschrift

- erkläre ich, die Fragen für die Zusatzversicherungen nach VVG vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Diese Erklärung gilt auch für die nicht eigenhändig eingetragenen Antworten.
- erkläre ich, dass ich Kenntnis über die Identität des Versicherers sowie über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages habe und diesen akzeptiere (versicherte Risiken, Umfang des Versicherungsschutzes, Prämien und meine weiteren Pflichten, Mindestvertragsdauer, Widerrufsrecht, Kündigungsfristen und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Besonderen Bedingungen (BB)). Weiter bestätigte ich, die vorvertraglichen Informationen «Kundeninformationen nach VVG» zu kennen. Ich habe ausdrücklich die AVB bzw. BB zu Zahnstellungskorrekturen und Mutterschaft zur Kenntnis genommen. Bei Vermittlung durch Dritte bestätige ich weiter, die Identität des Vermittlers zu kennen und dass die von einer Drittperson oder vom Vermittler niedergeschriebenen Antworten meinen Anweisungen entsprechen.
- ermächtige ich Sympany Versicherungen AG und weitere Träger der von mir beantragten Versicherungen, bei Ärztinnen/Ärzten, Zahnärztinnen/Zahnärzten, Therapeutinnen/Therapeuten, Spitälern, medizinischem Personal sowie bei Krankenversicherungen und anderen Versicherungsgesellschaften die Auskünfte (insbesondere über den Gesundheitszustand) einzuholen, die für den Abschluss der Versicherungen nach VVG erforderlich sind, und entbinde sie dafür vom Berufsgeheimnis. Sympany Versicherungen AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.
- ermächtige ich sämtliche Träger der beantragten Versicherungen, in mein Krankenversicherungsdossier bei Sympany Versicherungen AG Einsicht zu nehmen.
- ermächtige ich den Versicherer, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsschutzes zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung und zur Schadenerledigung notwendig ist, gegenüber Ärztinnen/Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzufordern.

In diesen Fällen befreie ich die angefragten Personen gegenüber den Versicherern von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort/Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmerin/Versicherungsnehmer, gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter):

