

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

dental

Lückenlose Leistungen

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 Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden: **basis, plus, premium, allgemeiner zusatz, privat zusatz, hospita, salto.**

Welche Lücke wollen Sie füllen? Monatsprämien in CHF ab 1.1.2017

Diese dental Varianten stehen zur Auswahl:

Monatsprämien 2016	Alter													
Versicherungsdeckung	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 1000.- / 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 1500.- / 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 5000.- / 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

Antrag auf Versicherungsabschluss dental

Bitte ergänzen Sie die entsprechenden Angaben in den gelb markierten Abschnitten.

Eingang: _____

Versicherten-Nr.: _____

1. Personalien

Name: _____

(Verheiratete bitte beide Familiennamen angeben)

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

männlich weiblich

Fam.-Hauptpolice/Versicherungsnehmer/-in

(Name, Vorname, Geb.-Datum): _____

2. Versicherungsvariante

Gewünschte Variante bitte ankreuzen.

Versicherungsdeckung	Prämie/Monat
<input type="checkbox"/> 50%, max. CHF 1000.-/Kalenderjahr	_____
<input type="checkbox"/> 75%, max. CHF 1500.-/Kalenderjahr	_____
<input type="checkbox"/> 75%, max. CHF 5000.-/Kalenderjahr	_____

3. Versicherungsbeginn

Ich wünsche den Beginn der dental per _____

4. Zahlungsverkehr

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

Konto für Rückerstattung Prämienrechnung (LSV)

Konto-Nr.: _____ Post Bank, Name: _____ Filiale: _____

Konto-InhaberIn (Name, Vorname, PLZ, Wohnort): _____

Zahlungsart: monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Kollektivversicherte: Prämienzahlung über Lohnabzug

Datum/Visum Sachbearbeiter/-in: _____

Bitte Rückseite vollständig ausfüllen.

5. Gesundheitsverhältnisse

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

Ich erkläre, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, eine Rückforderung, einen nachträglichen Vorbehalt bzw. nachträglichen Ausschluss von Versicherungsleistungen mit Rückforderung bzw. den Rücktritt vom Vertrag durch Sympany zur Folge haben können. Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw. sind nicht versichert.

1. a) Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung (muss innerhalb der letzten zwölf Monate sein)? Monat und Jahr: _____
- b) Name und Adresse des/der damals behandelnden Zahnarztes/Zahnärztin: _____
- c) War damit die vollständige Zahnbehandlung des Gebisses abgeschlossen? ja nein

Bemerkungen: _____

(Gebisse, die vor mehr als einem Jahr letztmals saniert wurden, können nicht als vollständig saniert bezeichnet werden. Gebisse, in welchen Zähne zu entfernen sind, deren Lücken mit Stiftzähnen, Brücken und Kronen geschlossen werden müssen, Teil- oder Totalprothesen benötigen, gelten als nicht saniert. Dasselbe gilt für bestehende, sich in schlechtem Zustand befindliche oder defekte prothetische Arbeiten.)

2. Bestehen
- Zahnfehlstellungen? ja nein Diagnose: _____
 - Kieferfehlstellungen? ja nein Diagnose: _____
3. Bestehen
- Zahnfleisch-/Zahnbettkrankungen? ja nein Diagnose: _____
 - Mundhöhlenerkrankungen? ja nein Diagnose: _____
 - Kiefererkrankungen? ja nein Diagnose: _____

6. Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die oben genannte Versicherung bei Sympany. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Zahnärzten/Zahnärztinnen sowie bei Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften die erforderlichen Auskünfte über Gesundheitsverhältnisse eingeholt werden können und entbinde alle davon betroffenen Medizinalpersonen gegenüber Sympany vom Berufsgeheimnis.

Ort und Datum: _____

Unterschrift (VersicherungsnehmerIn, InhaberIn Fam.-Hauptpolice, gesetzliche/-r Vertreter/-in): _____