

zum Antrag vom

für

Vers.-Nummer

OE/Sachbearbeiter

Datum

Betroffene Zähne

Zahnschema: Bitte kennzeichnen Sie die fehlenden Zähne mit **f** und die behandlungsbedürftigen Zähne mit **b**.

(links)

Ihr Oberkiefer

(rechts)

27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17
37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47

(links)

Ihr Unterkiefer

(rechts)

Besondere Vereinbarung

Bitte die entsprechende Vereinbarung ankreuzen!

- 1. bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5612/5607)
(Tarife EG035-U(A), BN HF-UZ(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema angekreuzten Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

- 2. bei bis zu 5 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 1004)
(Tarife EVK-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die Behandlung und der Ersatz der im Zahnschema angekreuzten Zähne einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen gegen Zahlung eines Zuschlages von 16,80 EUR je fehlendem Zahn in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

- 3. bei 1 – 3 fehlenden Zähnen** (interner Hinweis 5908/5909)
(Dent Premium-U, Dent Komfort-U)

☐ Bei 1 – 3 fehlenden Zähnen wird, abweichend von den Tarifbedingungen, die Leistung auf folgende Beträge begrenzt:

Dent Premium-U:

500 EUR im ersten Jahr,
1.000 EUR in den ersten 2 Jahren,
1.500 EUR in den ersten 3 Jahren,
2.000 EUR in den ersten 4 Jahren,
2.500 EUR in den ersten 5 Jahren,
3.000 EUR in den ersten 6 Jahren,
3.750 EUR in den ersten 7 Jahren,
4.500 EUR in den ersten 8 Jahren.

Dent Komfort-U:

400 EUR im ersten Jahr,
800 EUR in den ersten 2 Jahren,
1.300 EUR in den ersten 3 Jahren,
1.800 EUR in den ersten 4 Jahren,
2.300 EUR in den ersten 5 Jahren,
2.800 EUR in den ersten 6 Jahren,
3.300 EUR in den ersten 7 Jahren,
3.800 EUR in den ersten 8 Jahren.

- 4. bei fehlenden Zähnen bzw. anderen zahnärztlichen Maßnahmen**
(wie z. B. laufender und angeratener Zahnbehandlung oder kieferorthopädischer Behandlung)
(Dent, Dent Inlay, Dent Smile)

☐ Zahnersatzmaßnahmen für Zähne, die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren, sind nicht Gegenstand der Versicherung. Gleiches gilt für weitere zahnärztliche Maßnahmen (wie z. B. Zahnbehandlung, kieferorthopädische Behandlung), die vor Vertragsschluss angeraten oder begonnen wurden.

- 5. bei behandlungsbedürftigen Zähnen, die nicht fehlen oder im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Zahnbetterkrankung stehen** (In diesen Fällen ist die jeweils zutreffende besondere Vertragsvereinbarung anzukreuzen). (interner Hinweis 5613)
(Tarif BN HF-UZ(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen/beabsichtigten zahnärztlichen Behandlungen der im Zahnschema angegebenen Zähne einschließlich aller damit in Zusammenhang stehenden prothetischen Maßnahmen sowie die Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays, gehämmerten Füllungen und Implantaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

- 6. Zahn- und Kieferfehlstellungen** (interner Hinweis 5803)
(Tarif BN HF-UZ(A))

☐ Es ist vereinbart, dass sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

- 7. Zahn- und Kieferfehlstellung (inkl. Retentionsschiene/Retainer)** (interner Hinweis 1005)
(Tarif EVK-U(A))

☐ Durch die Zahlung des monatlichen Beitragszuschlages in Höhe von 25,40 EUR besteht auch für sämtliche Behandlungen der Zahn- und/oder Kieferfehlstellung tariflicher Versicherungsschutz.

- 8. Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis, usw.)** (interner Hinweis 5703)
(Tarife EG035-U(A), BN HF-UZ(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen Behandlungen wegen der Zahnbetterkrankung sowie alle prothetischen Maßnahmen und Leiden, die medizinisch nachweisbar damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, keine Leistungspflicht besteht.

- 9. Zahnbetterkrankung (z. B. Parodontose, Parodontitis, usw.)** (interner Hinweis 1006)
(Tarife EVK-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass die laufenden bzw. angeratenen Behandlungen wegen Zahnbetterkrankung sowie alle prothetischen Maßnahmen und Leiden, die medizinisch nachweisbar damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, gegen Zahlung eines monatlichen Beitragszuschlages in Höhe des Tarifbeitrages in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.



10. Aufbiss- Knirscherschiene (interner Hinweis 5804)
(Tarife EG035-U(A), Dent Premium-U, Dent Komfort-U)

☐ Es ist vereinbart, dass Leistungen für Aufbiss-/Knirscherschienen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

11. Aufbiss- Knirscherschiene (interner Hinweis 1955)
(Tarife EVK-U(A))

☐ Es ist vereinbart, dass für die Aufbiss-/Knirscherschiene, zusätzlich zum Tarifbeitrag des Tarifes, ein monatlicher Festbetrag von 4 Euro erhoben wird.

12. Protrusionsschiene (interner Hinweis 5805)
(Tarif Dent Premium-U, Dent Komfort-U)

☐ Es ist vereinbart, dass für die Protrusionsschiene keine Leistungen erbracht werden.

Unterschrift:

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Ort/Datum

Unterschrift der mitversicherten Person

