

EGK-DENT Zahnpflegeversicherung



Ich wünsche per _____ (Datum) gemäss den gegenwärtigen gültigen Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die EGK-DENT die Zahnpflegeversicherung wie folgt abzuschliessen:

- Beitritt
 Versicherungsänderung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VORNAME	NAME	GEB. DATUM*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE	PLZ / ORT	VERSICHERTENNUMMER

*Versicherte, welche das 60. Altersjahr vollendet haben, können nicht mehr in diesen Zweig aufgenommen werden.

Gewünschte Versicherungsklasse

- Klasse 1 50% der Zahnarztrechnung höchstens CHF 500.– pro Kalenderjahr
- Klasse 2 50% der Zahnarztrechnung höchstens CHF 1000.– pro Kalenderjahr
- Klasse 3 75% der Zahnarztrechnung höchstens CHF 1500.– pro Kalenderjahr

Monatsprämie

CHF

CHF

CHF

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT DES GESUCHSTELLERS ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS

Zahnärztliches Attest

(nicht erforderlich für Kinder, die ab Geburt versichert werden)

Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt, dass sich die Zähne des Bewerbers zurzeit in folgendem Zustand befinden:

- | | |
|---|--|
| • konservierend <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht | • parodontal <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht |
| • prothetisch <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht | • kieferorthopädisch <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht |

Die Zähne bzw. das Gebiss des Bewerbers bedürfen momentan:

- keiner Behandlung einer Behandlung

Wenn ja, welche?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORT, DATUM	STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DES ZAHNARZTES

