

## Zusatzversicherungs-Antrag

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Dat.:** \_\_\_\_\_ **PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_ **SN:** \_\_\_\_\_

### AGRI-dental Zahnbehandlungsversicherung (VVG), Versicherer Krankenkasse Agrisano

**Kategorie:** \_\_\_\_\_ **Monatsprämie:** \_\_\_\_\_ **Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_

### Gesundheitsdeklaration (Version 1.09)

Jede der nachfolgenden Fragen muss vom Antragsteller/gesetzlichen Vertreter persönlich und handschriftlich beantwortet werden. Leerlassungen sind nicht zulässig.

1. Wann haben Sie das letzte Mal einen Zahnarzt aufgesucht? \_\_\_\_\_  
Ist die Behandlung abgeschlossen?  Ja  Nein
2. Besteht eine korrekturbedürftige Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers?  Ja  Nein
3. Ist eine Zahnstellungskorrektur vorgesehen oder in Planung?  Ja  Nein
4. Leiden/litten Sie an Erkrankungen des Zahnfleisches, der Mundhöhle und/oder des Zahnhalteapparates?  Ja  Nein
5. Sind ausser den jährlichen prophylaktischen Untersuchungen Behandlungen oder Operationen vorgesehen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Besteht bei Ihnen eine Invalidität/ein Geburtsgebrechen in Bezug auf den Zahn-Kiefer-Bereich?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte eine Kopie der IV-Verfügung beilegen.  
Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens? \_\_\_\_\_

### Erklärung der antragstellenden und der zu versichernden Person:

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich das Formular der Gesundheitsdeklaration vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen. Ich anerkenne die Prämien und Erlasse der Krankenkasse Agrisano und habe zur Kenntnis genommen, dass die Verheimlichung und unwahre Angaben den Ausschluss zur Folge haben. Für alle diesen Antrag betreffenden Fragen entbinde ich Ärzte, Zahnärzte, übrige Medizinalpersonen, Heilanstalten, Vorversicherer und andere Versicherungsträger von der Schweigepflicht. Ich erteile der Krankenkasse Agrisano die Ermächtigung zur Bearbeitung der notwendigen Daten. Die Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Ich bestätige, ein Exemplar der Versicherungsbedingungen erhalten zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift der antragstellenden Person oder des gesetzlichen Vertreters

Dem Antrag für die Zusatzversicherung AGRI-dental ist zusätzlich ein durch einen eidg. diplomierten Zahnarzt oder einen kantonal approbierten Zahnarzt ausgefüllter zahnärztlicher Fragebogen, inklusive Röntgenbilder (2 Bitewing), beizulegen. Der Antrag ist nur gültig, sofern die letzte zahnärztliche Kontrolle/Behandlung nicht länger als sechs Monate vor dem Datum der Antragstellung zurückliegt und die Röntgenbilder nicht älter als zwei Jahre sind. **Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuch und die Röntgenbilder gehen zu Lasten des Antragstellers.** Für Kinder sind bis zum Ende des Kalenderjahres (31.12.), in welchem das 6. Altersjahr (= 6. Geburtstag) vollendet wird, kein zahnärztlicher Fragebogen und Röntgenbilder notwendig.