

ÖKK DENTAL

Die Zahnversicherung mit berechenbaren Kosten

GUT GESCHÜTZT, ZUVERLÄSSIG VERSICHERT

Mit der Zusatzversicherung ÖKK DENTAL beginnt Ihr Leistungsanspruch bereits nach sechs Monaten. Für prothetische Versorgungen wie beispielsweise Kronen, Brücken, Gebisse, Stiftzähne, Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen beträgt die Karenzzeit zwölf Monate. Wenn Sie sich für eine Variante mit Franchise entscheiden, fahren Sie noch günstiger. Die Franchise wird in einem festen Betrag pro Jahr erhoben. Ihr maximaler Leistungsanspruch pro Jahr berechnet sich aus dem Betrag, der die Franchise übersteigt.

FOLGENDE DENTAL-VARIANTEN STEHEN ZUR AUSWAHL:

Stand: 1.1.2011

Variante	Versicherungs- deckung pro Kalenderjahr	Alter 0-3	Alter 4-5	Alter 6-10	Alter 11-18	Alter 19-25	Alter 26-30	Alter 31-35	Alter 36-40	Alter 41-45	Alter 46-50	Alter 51-55	Alter 56-60	Alter ab 61
A (250)	75 %, max. CHF 1'000.- Franchise CHF 250.-	gratis	1.50	2.50	4.50 ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A	75 %, max. CHF 1'000.- Franchise CHF 500.-	-	-	-	4.50 ²⁾	6.-	9.-	9.50	10.50	12.50	13.-	13.50	14.-	14.50
B	50 %, max. CHF 500.-	gratis	3.-	4.50	8.-	11.-	15.50	17.50	18.50	22.-	23.-	24.-	25.-	26.-
C	50 %, max. CHF 1'000.-	gratis	3.50	6.-	10.-	14.-	20.-	22.-	23.50	28.-	29.50	30.50	32.-	33.-
D	75 %, max. CHF 1'000.-	gratis	5.50	9.-	15.-	21.-	30.-	33.-	35.50	42.-	44.-	46.-	48.-	49.50
E	75 %, max. CHF 1'500.-	gratis	6.50	10.50	18.-	25.-	35.50	39.50	42.50	50.-	52.50	55.-	57.-	59.-
F	75 %, max. CHF 3'000.-	gratis	12.50	20.50	34.-	48.-	68.50	75.-	81.50	95.50	100.50	105.-	109.50	112.50
G (250)	75 %, max. CHF 5'000.- Franchise CHF 250.-	gratis	9.50	16.-	26.50 ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G (500)	75 %, max. CHF 5'000.- Franchise CHF 500.-	-	-	-	26.50 ²⁾	37.-	52.50	58.-	62.50	73.50	77.-	81.-	84.-	86.50
H	75 %, max. CHF 5'000.-	gratis	13.-	22.-	37.-	51.50	73.50	81.-	87.50	103.-	108.-	113.-	117.50	121.50

¹⁾ nur bis 15 Jahre ²⁾ 16-18 Jahre

VERSICHERUNGSANMELDUNG FÜR ÖKK DENTAL

1. Personalien und Versicherungsdeckung

Name / Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:	Gewünschte Versicherungs-variante	Prämie pro Monat:
-----	-----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	-----	-----

Strasse, Nr.: ----- PLZ, Ort: -----

Telefon: ----- Beruf: -----

Kunde/Kundin, gesetzliche/-r Vertreter/-in (Name/Vorname, Geburtsdatum): -----

2. Versicherungsbeginn

Ich wünsche, per ----- in die Zusatzversicherung ÖKK DENTAL aufgenommen zu werden.

3. Zahlungsverkehr (Nur ausfüllen, wenn diese Angaben ÖKK noch nicht bekannt sind.)

Konto für: Rückerstattung Prämienrechnung (LSV)

IBAN-Nr.: ----- Postkonto Bankkonto: -----

Konto-Inhaber (Name, Vorname, PLZ, Ort): -----

Zahlungsart: monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

4. Gesundheitsverhältnisse

Ich erkläre, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ich nehme Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben die Kündigung des Vertrages und eine Leistungsverweigerung respektive eine Rückforderung zur Folge haben können.

A. Wann fand Ihre letzte Kontrolle oder Behandlung beim Zahnarzt statt? Monat/Jahr: -----
 War damit die vollständige Zahnbehandlung des Gebisses abgeschlossen? Nein Ja

Name des/der damals behandelnden Zahnarztes/-ärztin: -----

Adresse: -----

Bemerkungen: -----

B. **Bestehen** – Zahnfehlstellungen? Nein Ja Diagnose: -----
 – Kieferfehlstellungen? Nein Ja Diagnose: -----

C. **Bestehen** – Zahnfleisch-/Zahnbett-Erkrankungen? Nein Ja Diagnose: -----
 – Mundhöhle-Erkrankungen? Nein Ja Diagnose: -----
 – Kiefer-Erkrankungen? Nein Ja Diagnose: -----

Hinweis für den Antragssteller: Ab Versicherungsvariante D benötigen wir ein Zahnarztzeugnis. Ausgenommen sind nichtschulpflichtige Kinder, die bislang noch keine Zahnbehandlung hatten. Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen von einem eidg. dipl. Zahnarzt (oder gemäss kantonalen Bestimmungen einem gleichgestellten Zahnarzt oder einer diplomierten Dentalhygienikerin) ausfüllen zu lassen. Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Zahnarztzeugnis an Ihre ÖKK Agentur. Die Kosten für das Attest, die Kontrolluntersuchung und die Röntgenbilder gehen zu Lasten des Antragsstellers.

5. Beitrittserklärung

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

Ort und Datum: -----

Unterschrift: -----
 (Kunde/Kundin, gesetzliche/-r Vertreter/-in)