



Versicherungsmaklerbüro Lesch

- 56220 Kettig, Kärlicher Straße 28, Telefon 02637 92220, Fax 922220 -

Deckungsauftrag Krankenzusatzversicherung dental & dental plus

Name : _____

Vermittler-Nr.: 987 00 00 1

Straße : _____

Anschrift: _____

Versicherte Person: Antragsteller

Geboren am: _____

Dauer : Beginn _____

Ablauf _____ 12 Uhr

Tarif JA dental plus - (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1-4 beantworten)

Tarif JA dental - (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1-3 beantworten)

Gesundheitsfragen zur Zahnzusatzversicherung

1. Wurden Zähne durch Voll- oder Teilprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontose- bzw. Parodontitisbehandlungen (Zahnbetterkrankungen) statt bzw. sind diese angeraten oder beabsichtigt? Ja / Nein
2. Anzahl fehlender Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht (Weisheitszähne und Milchzähne müssen nicht genannt werden) Keine oder ____
3. Wurde eine Zahnbehandlung/Zahnersatzmaßnahme angeraten oder begonnen bzw. besteht eine provisorische Versorgung? Ja / Nein
4. Nur zu beantworten, wenn > 6 Jahre und < 18 Jahre: Besteht eine zahnärztlich festgestellte Zahnfehlstellung, eine Kieferanomalie oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung oder wurde eine solche angeraten? Ja / Nein

"JA" (Ich bin damit einverstanden, dass für alle angeratenen oder begonnenen Zahnbehandlungen / Zahnersatzmaßnahmen kein Versicherungsschutz besteht.)

Zahlungsweise ist : 1/ 12 Jährlich **Gesamtbeitrag je Zahlungsweise €:**

SEPA -Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zugleich erkläre ich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorankündigung einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Bankverbindung: DE

Datum

Unterschrift des Antragsteller
(Versicherungsnehmer und/oder Zahlungspflichtigen)