

BD Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZUSATZERKLÄRUNGEN BEI TARIFEN MIT ZAHNLEISTUNGEN

Antrag vom: _____ Name des Antragstellers: _____

Person: _____

Frage: _____

Es fehlen die im Zahnschema gekennzeichneten Zähne (außer den Weisheitszähnen 18, 28, 38, 48):

	oben rechts								oben links								
Weisheits- zähne	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Weisheits- zähne
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	unten rechts								unten links								

Mit folgender Leistungseinschränkung bin ich einverstanden:

Die für Zahnersatz vorgesehenen Tarifleistungen werden in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn wie folgt begrenzt:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von

2 fehlende Zähne:

250,00 EUR im 1. Kalenderjahr

500,00 EUR im 2. Kalenderjahr

750,00 EUR im 3. Kalenderjahr

3 fehlende Zähne:

125,00 EUR im 1. Kalenderjahr

250,00 EUR im 2. Kalenderjahr

375,00 EUR im 3. Kalenderjahr

Diese Einschränkungen gelten nicht für Behandlungen von Unfallfolgen, wenn der Unfall nach Antragsannahme eintritt.

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers _____ Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig _____