

**Leistungs-Check up zur Zahn-Zusatzversicherung**  
**Welche zahnmedizinische Versorgung ist mir wichtig?**



Vorname, Name	Geburtsdatum	Datum

Zahnersatz	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
<b>Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages)	<input type="checkbox"/> bis 50 % <input type="checkbox"/> 50 -70 % <input type="checkbox"/> höher als 70%		
Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein?	<input type="checkbox"/> keine Vorgabe <input type="checkbox"/> bis 80 % <input type="checkbox"/> bis 100 %		
Ist Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUOSchutz			DENTPower			Bayerische VIP Dental Prestige	
Leistungsstufen			Leistungsstufen				
D1	D2	D3	P1	P2	P3		
90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	90% inkl. GKV	70% Inkl. GKV	50% Inkl. GKV	80-90% inkl. GKV	
						90 % der Aufwendungen wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann	
						85 % der Aufwendungen wenn durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren vor Behandlungsbeginn nachgewiesen werden kann	
						80 % der Aufwendungen wenn die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in weniger als 5 Jahren vor Behandlungsbeginn oder gar nicht nachgewiesen wird	
Bei Regelversorgung ohne privat zahnärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privat zahnärztliche Versorgung = 100%			80-90% inkl. GKV bei Privatversorgung 80% 100% bei Regelversorgung	
✓			✓			✓	
Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z.B. weil ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt wurde), wird ein pau			Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z.B. weil ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt wurde), wird ein pau			✓	

Sind keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ist die Verblendgrenze bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?	
Sind Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gibt es Begrenzungen für Leistungen bei Implantaten (z.B. max. 1000 Euro je Implantat oder max. 4 Implantate je Kiefer?)	
Sind Funktionsanalytische u.-therapeutische Leistungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ist die Erstattung bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?	
Ein Preis-/Leistungsverzeichnis ist <u>nicht</u> vorhanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		schaler Betrag von 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Leistung der GKV ange-rechnet
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Bis Zahn 8 Regulierungspraxis
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
bedingungsgemäß keine	bedingungsgemäß keine	bedingungsgemäß keine
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
bedingungsgemäß	bedingungsgemäß	bedingungsgemäß
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
<b>Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart?			
Sind Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? Wenn ja, welche? (Keine Begrenzung auf bestimmte Behandlungen, z.B. Wurzelbehandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUOSchutz	DENTPower	Bayerische VIP Dental Prestige
300 Euro in zwei Kalenderjahren	200 Euro in zwei Kalenderjahren	100% Erstattung der Aufwendungen für Prophylaxe und PZR bis max. je 80 Euro zweimal innerhalb eines Kalenderjahres
100% bis 3,5-fach GOZ	100% bis 3,5-fach GOZ	100% bis 3,5-fach GOZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z.B. weil ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt wurde), wird ein pauschaler Betrag von 40% des

		erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Leistung der GKV angerechnet
Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung (Zahnbehandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	✓
Ist Vollnarkose im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	✓
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ - 3,5-fach)? (Auch dann, wenn Anspruch bei der GKV besteht und unabhängig davon, ob Kosten-erstattungs- oder Sachleistungsprinzip vereinbart ist.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	✓

Kieferorthopädie  Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...	Sehr Wichtig <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Unwichtig <input type="checkbox"/>	DUOSschutz	DENTPower	Bayerische VIP Dental Prestige
Sind Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV nicht leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 1 und 2) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>✓</p> <p>100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1            100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2            Keine Leistung bei D3</p>	<p>✓</p> <p>100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1            100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2            Keine Leistung bei P3</p>	<p>✓</p> <p>Ersetzt werden 80% der Aufwendungen, sofern die GKV nicht leistet und eine Zahneinstellung vorliegt. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf 500 € innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt. KFO Maßnahmen werden im Rahmen des Tarifes ersetzt, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde</p>
Sind Restkosten für Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 3 bis 5) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>✓</p> <p>100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1            100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2            Keine Leistung bei D3</p>	<p>✓</p> <p>100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1            100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2            Keine Leistung bei P3</p>	<p>✓</p> <p>Besteht eine Leistungspflicht der GKV gemäß § 29 SGB V werden zusammen mit der Vorleistung der GKV 100% der Aufwendungen bis max. 250 € innerhalb eines Kalenderjahres erstattet. KFO Maßnahmen werden im Rahmen des Tarifes ersetzt, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres</p>

Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig? (unsichtbare lose Zahnpange)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ist die Lingualtechnik erstattungsfähig? (unsichtbare feste Zahnpange)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Werden Kunststoff-Brackets und farblose Bögen erstattet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		begonnen wurde
<input checked="" type="checkbox"/> 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	<input checked="" type="checkbox"/> 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	<input checked="" type="checkbox"/> Erstattung erfolgt im Rahmen der tariflichen Leistungen KFO
<input checked="" type="checkbox"/> 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	<input checked="" type="checkbox"/> 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	<input checked="" type="checkbox"/> 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	<input checked="" type="checkbox"/>

Parodontose	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
<b>Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...</b>			
Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUOSchutz	DENTPower	Bayerische VIP Dental Prestige
<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox" value="STOP"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox" value="STOP"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder</b> <small>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder)</small>	<b>Sehr Wichtig    Wichtig    Unwichtig</b>				<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Bayerische VIP Dental Prestige</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Hinweis:</b> Bei einigen Patienten stimmt der Biss nicht, d.h. Ober- und Unterkiefer passen entweder nach zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder eben einfach von Natur aus nicht zusammen. Bei etwa 5% der Betroffenen werden hierdurch Folgeerkrankungen, wie Gesichtsschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Verspannungen und Blockierungen, Schwindel, Tinnitus, ADHS oder Knacken und Knirschen mit Verlust an Zahnsubstanz verursacht. Die genaue Kieferfunktionsanalyse mittels DIR-System und/oder Freecorder liefert die notwendige Grundlage um eine erfolgversprechende Therapie einzuleiten zu können. Die Kosten hierfür werden <u>nicht</u> von der GKV übernommen.							
<b>Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Feecorder sind mir ...</b>							
Sind DIR-System und Freecorder bei CMD-Therapie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		✓	🚫	🚫
Sind DIR-Schienen oder andere Schienen im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		✓	🚫	🚫
Sind Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		✓	🚫	🚫

<b>Laserbehandlung</b> <b>Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...</b>	<b>Sehr Wichtig    Wichtig    Unwichtig</b>				<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Bayerische VIP Dental Prestige</b>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ist Laserbehandlung bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig?										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		✓	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	✓	Erstattung erfolgt im Rahmen des maßgebenden Erstattungssatzes

				der Hauptleistung (= ZE (80%/85%/90%). Das Alter spielt dabei keine Rolle.
Ist Laserbehandlung im Rahmen der Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Zahncirurgie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Erstattung erfolgt im Rahmen des maßgebenden Erstattungssatzes der Hauptleistung = ZB (100%). Das Alter spielt dabei keine Rolle
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt
Sonstiges	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig	
Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzen Zähnen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> fehlender Zahn = normale Annahme 2 oder 3 fehlende Zähne = verlängerte Zahnstaffel ab 4 fehlenden Zähnen = Ablehnung
Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzer Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Wechsel in den leistungsschwächeren DENT Komfort unter Anrechnung der bereits zurückgelegten Zeiten möglich
Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnstaffel möglich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet	<input checked="" type="checkbox"/> Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet	<input checked="" type="checkbox"/> Wechsel in den leistungsschwächeren DENT Komfort unter Anrechnung der bereits zurückgelegten Zeiten möglich
Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet (keine altersbedingten Beitrags sprünge)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird auf Wartezeiten verzichtet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> PZR keine Wartezeit, Zahnbehandlung 3 Monate Wartezeit, Zahnersatz/KfO 8 Monate Wartezeit
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wird z.B. Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Zahnstaffel ist vereinbart?		<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel  <u>Zahnersatz D1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Danach unbegrenzt  <u>Zahnersatz D2</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 2.000 € Danach unbegrenzt  <u>Zahnersatz D3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt  D1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2.000 €  D2 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 €	<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel  <u>Zahnersatz P1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Danach unbegrenzt  <u>Zahnersatz P2</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 2.000 € Danach unbegrenzt  <u>Zahnersatz P3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt  P1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2.000 €  P2 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 €	<u>Zahnstaffel 0 – 1 fehlender Zahn:</u> 1. Jahr insgesamt höchstens: 1.250 € 1.-2. Jahr insgesamt höchstens: 2.500 € 1.-3. Jahr insgesamt höchstens: 3.750 € 1.-4. Jahr insgesamt höchstens: 5.000 €  <u>Zahnstaffel bei 2 fehlenden Zähnen:</u> 1. Jahr insgesamt höchstens: 400 € 1.-2. Jahr insgesamt höchstens: 800 € 1.-3. Jahr insgesamt höchstens: 1.200 € 1.-4. Jahr insgesamt höchstens: 1.600 €  <u>Zahnstaffel bei 3 fehlenden Zähnen:</u> 1. Jahr insgesamt höchstens: 200 € 1.-2. Jahr insgesamt höchstens: 400 € 1.-3. Jahr insgesamt höchstens: 600 € 1.-4. Jahr insgesamt höchstens: 800 €  Ab 4 fehlenden Zähnen ist ein Vertragsabschluss nicht möglich
Sind Sehhilfen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sonstige Leistungen versichert, die nicht dem Bereich Zahngesundheit zuzuordnen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Übersicht kann die Leistungen nur stark verkürzt darstellen. Wir weisen daher ausdrücklich drauf hin, dass rechtsverbindlich nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Produktinformationen und etwaige Zusatzvereinbarungen des Versicherers sind!

<b>Vorversicherung</b>		
Gesetzliche Krankenversicherung	Name der Krankenkasse:	
Private Zusatzversicherung	Name der Krankenversicherung:	
	Art der Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Krankenhaus-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> Brille / Sehhilfen <input type="checkbox"/> Sonstige

<b>Empfehlung des Vermittlers</b>		
<input type="checkbox"/> DUOSchutz D1 <input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 <input type="checkbox"/> DUOSchutz D3	<input type="checkbox"/> DENTPower P1 <input type="checkbox"/> DENTPower P2 <input type="checkbox"/> DENTPower P3	<input type="checkbox"/> Bayerische VIP Dental Prestige

- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung entsprechend der vorgenannten Empfehlung.
- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung abweichend von der vorgenannten Empfehlung. (bitte ankreuzen)
- |                                       |                                       |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D1 | <input type="checkbox"/> DENTPower P1 | <input type="checkbox"/> Bayerische VIP Dental |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 | <input type="checkbox"/> DENTPower P2 | Prestige                                       |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D3 | <input type="checkbox"/> DENTPower P3 |  |
- Ich wünsche keine Zahn-Zusatzversicherung.
- 
- Das ausführliche Leistungsprotokoll für die gewählte Zahn-Zusatzversicherung (Württembergische/IGV-DUOSchutz bzw. -DENTPower) habe ich erhalten. Alle Leistungspunkte wurden besprochen. Insbesondere wurde ausführlich dargestellt, ob und in welchem Umfang die in diesem Leistungs-Check up als wichtig und sehr wichtig angegebenen Leistungspunkte versichert sind.

Ort, Datum

Unterschrift