

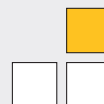
Name: Geschlecht: m w

Geburtsdatum: Beruf: _____ angestellt selbständig

Zahn – GKV-Zusatz

- GKV-Zusatzversicherung (Kostenerstattungsprinzip, Leistung wie bei privater Versicherung)
- oder
- GKV-Ergänzungsversicherung (Sachleistungsprinzip, Ausgleich für Leistungen, die durch die Gesundheitsreformen weggefallen sind)
- oder
- sowohl GKV-Zusatz als auch GKV-Ergänzung berechnen

Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Ohne Vorleistung GKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOZ - Zahnärzte	mindestens <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
GOZ - Zahnärzte darüber	mindestens Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
GOZ - Zahnärzte Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• J/N: Laserbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Behandlung unter Vollnarkose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Fissurenversiegelung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Knirscherschienen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Kunststofffüllungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Keramikverblendungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Parodontosebehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• J/N: Wurzelbehandlungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	



Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• J/N: Knochenaufbau für Implantate	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Preisverzeichnis Zahn	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summenbegrenzung Zahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Summenbegrenzung Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Keine Summenbegrenzung Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Keine Summenbegrenzung Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Entfällt Summenbegrenzung bei Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heil- und Kostenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heil- und Kostenplan - Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Fehlende Zähne - Erstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Zähne - Zuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufende Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GKV-Wechsel - Mitnahme des Zusatztarifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z AR (Alterungsrückstellungen Zahn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>