

Zurück per Fax an (0221) 867165

Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus.

Persönliche Daten: <small>(ohne diese Angaben kann Ihre Anfrage nicht bearbeitet werden!)</small>	Person1	Name, Vorname	Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
<i>Bitte unbedingt für evtl. Rückfragen Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben!</i>			
Telefon : <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich		am besten zu erreichen :	
E-Mail : <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Witwe (r) <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft		
Beruf:		Branche:	
Status:	<input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig seit: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Freiberufler(in) <input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Beamter(in) <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> Rentner(in) <input type="checkbox"/> Pensionär(in)		
Angaben zur Ihrer bisherigen Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> GKV seit: <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> privat krankenversichert seit:	<input type="checkbox"/> Unversichert seit:

Angaben zu den weiteren zu versichernden Personen

Person	Name	Vorname	geboren:	Geschlecht:	Beruf:
2				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
3				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
4				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
5				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

Gewünschter Versicherungsbeginn: ____ . ____ . 20 ____

Sie haben Interesse an einem Angebot zu einem bestimmten Produkt aus der Waizmann-Tabelle?
Nennen Sie uns bitte die gewünschte Gesellschaft und den Tarifnamen (siehe linke Spalte der Waizmann-Tabelle)

Gesellschaft: _____

Tarifname: _____

Leistungsschwerpunkt Zahn

- Einfacher Zahnersatz analog Festkostenzuschuss der GKV
- Hochwertiger Zahnersatz außerhalb der Grundversorgung der GKV
- Inkl. Kostenübernahme für Zahnbehandlungen
- Inkl. Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung, Prophylaxe
- Inkl. Kostenübernahme für Kieferorthopädie / Zahnspange

	Person 1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse), die nicht ersetzt sind?

(Falls ja, bitte die Anzahl angeben.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Möchten Sie die fehlenden, nicht ersetzten Zähne mit versichern? Nein Ja

Besteht eine Zahnbetterkrankung oder Zahnfehlstellung?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Wie viele Zähne wurden ersetzt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

Wie viele Zähne wurden überkront?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

Wie alt ist der Zahnersatz bzw. die Überkronung?

(Bitte geben Sie Monat/Jahr an.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

Befinden Sie sich derzeit in einer zahnärztlichen / kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Weshalb?

Besteht derzeit oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Parodontose- oder Zahnbetterkrankung?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Befinden Sie sich deshalb zurzeit in einer Behandlung oder ist diese angeraten oder beabsichtigt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt?

(Bitte geben Sie Monat/Jahr an.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

Weshalb?

Haben Sie fehlende Zähne, die mittels einer herausnehmbaren Prothese ersetzt sind?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Sind Sie momentan in laufender zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder sind derartige Behandlungen notwendig, angeraten oder geplant?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

Weshalb?

Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots.
Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!