Denta-Solidar
Antrag auf Kostenerstattung Zahnprothese

Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Für nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommene Zahnprothesen zahlen wir einen Festbetrag von 175 Euro*. Dieser Kostenzuschuss darf alle sieben Jahre erneuert werden.

Alle Felder dieses Vordrucks sind auszufüllen, andernfalls wird der Antrag zurückgeschickt.

A. Allgemeine Auskünfte
(vom Patienten auszufüllen)

Raum für Krankenkassenaufkleber des Patienten

Festnetz- oder Mobiltelefon: .....

E-Mail-Adresse: .....

B. Auskünfte für die Zahlung
(vom Patienten auszufüllen)

Der Festbetrag ist auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐

Inhaber des Kontos: .....

C. Versicherung
(vom Patienten auszufüllen)

Haben Sie Anspruch auf die Leistungen unserer Zahnzusatzversicherung Denta + ? JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, ist erst ein Behandlungsplan und dann im weiteren Verlauf einen Antrag auf Kostenerstattung der Denta + bei der Krankenkasse einzureichen.

Ich Unterzeichnete(r) versichere hiermit, dass die oben erteilten Auskünfte korrekt sind.

Datum : _ _ - _ _ - _ _ _ _

Unterschrift: .....

D. Art der Prothese
(vom Leistungserbringer auszufüllen)

Art des eingesetzten Materials**		Leistung	Gefordertes Honorar
Herausnehmbare Prothese (vor dem 50. Geburtstag)	Unter-/Oberkiefer ☐ Kunstharzprothese ☐ Skelettprothese	 970395 970432	
Feste Prothese	Krone	970373	
	Brücke	970384	
	Andere:	970421	
Zahnimplantat		970362	

** *Mit Ausnahme ästhetischer Leistungen*

Stempel des Leistungserbringers

Diese Leistung wird nur gewährt, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Kosten trägt.

☐ Ich versichere, dass die gesetzliche Krankenversicherung keine Kosten für diese Leistung übernimmt und auch kein Antrag beim technischen Zahnärzterat eingereicht wurde

☐ Ich versichere hiermit, dass diese Honorare entrichtet wurden

☐ Ich versichere hiermit, dass diese Honorare in Rechnung gestellt wurden und überweisen wurden/werden

Datum, an dem die Prothese oder das Implantat eingesetzt wurde: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Unterschrift des Leistungsbringers: .....

Diese persönlichen Angaben werden vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT für die Verwaltung der Vorteile und Leistungen zugunsten seiner Mitglieder und gegebenenfalls von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura für die Verwaltung der Versicherungen ihrer Mitglieder verarbeitet. Sie haben das Recht auf Einsicht und Korrektur Ihrer persönlichen Daten, indem Sie einen Antrag an Solimut/CKK-Assura, Chaussée de Haecht 579, BK 40, 1031 Brüssel richten

Zusätzliche Auskünfte erteilt Ihnen gerne einer unserer Telekundenberater unter der Nummer 087 32 43 33

*Betrag, der 2015 und 2016 gezahlt wird. Der Festbetrag für 2014 eingesetzte Prothesen liegt bei 150 Euro.

SOLIMUT, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit aufgrund des Gesetzes über die Krankenkassen vom 6. August 1990. CKK-Assura, Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, von der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen zugelassen unter der Nummer 150/2 im Sinne des Zweigs 2 „Krankheit", mit Sitz in der Chaussée de Haecht 579, BK 40, 1031 Brüssel (Belgien)

FRM100 - DENTA_001 - V2