

# Versicherungsbescheinigung zur Krankenzusatzversicherung

best  
advice

Versicherungs-  
Vermittlungs-GmbH

## A. Ihre Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem pronova privat Sondertarif **PROZAHN 90** exklusiv für Versicherte der pronova BKK. Träger der Krankenzusatzversicherung ist die Hallesche Krankenversicherung a.G. in Stuttgart. Die Versicherungsleistungen, die Beiträge und die Hinweise zu den Bedingungen sind umseitig abgedruckt.

Nachname des Beitretenden (Beitragszahler)	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer pronova BKK
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	Familienstand
E-Mail	Telefon	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

Bitte tragen Sie alle Personen ein, die versichert werden sollen. Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Zähnen. Um Ihren Antrag prüfen zu können, benötigt die Hallesche eine Antwort auf die gestellte Frage. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen, richtig und vollständig. Falsche oder unvollständige Angaben können den Versicherer berechtigen, – je nach Verschulden – vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann. Nähere Informationen zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte dem Hinweis auf die [Folgen einer Anzeigepflichtverletzung](#).

Nach- und Vorname <b>aller</b> Personen, die versichert werden sollen	Geburtsdatum	männl. weibl.	pronova BKK versichert?	fehlende, nicht ersetzte Zähne(*)	Pluspaket (mit profession. Zahnreinigung)	Beitrag (siehe Rückseite Punkt 6.)
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Pluspaket** (Mitversicherung professioneller Zahnreinigung) kann zu einem Monatsbeitrag von 6,30 Euro pro Person (Eintrittsalter 18 bis 32 Jahre) bzw. 6,90 Euro (ab Eintrittsalter 33 Jahre) mitversichert werden.

Gesamtbeitrag:

**\*WICHTIG:** Bei **fehlenden Zähnen** nur die **Anzahl der Zähne** angeben, die noch **nicht ersetzt** sind.

Fehlende **Milch-** und **Weisheitszähne** sowie Lückenschluss sind nicht mitzuzählen. Für eine bereits vereinbarte, laufende, angeratene oder geplante Behandlung kann kein Versicherungsschutz gewährt werden.

**Sepa-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH (best advice für pronova privat), Henry-Ford-Str. 1, 50735 Köln (Gläubiger-ID DE65ZZZ00000469540), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenznummer wird später mitgeteilt.

Mein Konto mit IBAN: _____	Name meines Kreditinstituts:
-------------------------------	------------------------------

Mit der nachstehenden Unterschrift **(a)** erkläre ich meinen **Beitritt** zum oben genannten Gruppenversicherungsvertrag, **(b)** erteile ich das vorstehende **Sepa-Lastschriftmandat**, **(c)** gebe ich die zuvor genannte **Einwilligungserklärung** gegenüber der best advice ab, **(d)** bestätige ich, dass ich die [Datenschutzerklärung](#) der Hallesche gelesen habe und die darin enthaltenen Erklärungen abgebe und **(e)** bestätige ich den Erhalt sämtlicher vertragsrelevanter Unterlagen (Informationsblatt für Versicherungsprodukte, Allgemeine Vertragsbedingungen (bestehend aus Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009], Teil II Tarifbedingungen und Teil III Tarif PROZAHN), Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung, Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Beitretenden (Beitragszahler) und aller volljährigen zu versichernden Personen

## B. Unsere Versicherungsbestätigung

Nach Prüfung und Erfassung der Vertragsdaten bestätigt die best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH im Namen der Hallesche den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag. Mit der Unterschrift durch die best advice tritt die Versicherung zum angegebenen Versicherungsbeginn in Kraft. Versicherungsnehmer ist die pronova BKK. Der Beitragszahler erhält für alle Versicherungsleistungen ein unwiderrufliches Bezugsrecht.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH

	3.992442.5
--	------------

# Private Kranken-Zusatzversicherung PROZAHN 90 für Versicherte der pronova BKK

Kurzdarstellung der Leistungen, Beiträge und Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages zwischen der best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH und der Hallesche Krankenversicherung a.G. Die Vertragsgrundlagen werden auf Wunsch erläutert und ausgehändigt. (siehe auch [www.pronovaprivat.de](http://www.pronovaprivat.de))

## Bei Beitritt bis zum 31.12.2020 entfallen die Wartezeiten!

### 1. Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken, und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz sowie implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens). Erstattet werden mit der Vorleistung der pronova BKK und anderer Kostenträger 80% bzw. 90% des Rechnungsbetrages (90% wenn ein Zahnarzt den Versicherten in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung jährlich untersucht hat. Der Nachweis erfolgt z.B. durch ein Bonusheft).

### 2. Kunststofffüllungen

Erstattungsfähig sind Kunststofffüllungen einschließlich Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik (keine Inlays oder Onlays) zu 100 %, bis maximal 50 Euro pro Füllung.

### 3. Professionelle Zahnreinigung – im Pluspaket

Zusätzlich zu den unter 1. und 2. versicherten Leistungen können Sie für einen geringen Mehrbeitrag auch prophylaktische Leistungen mitversichern, hierzu gehören z.B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberfläche, Fissurenversiegelung. Zweimal pro Kalenderjahr werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet (höchstens 80 Euro pro Zahnreinigung, maximal 160 Euro pro Person und Kalenderjahr).

### 4. Wartezeit

Die Wartezeit beträgt 3 Monate, sie entfällt bei Unfällen. Die Wartezeit entfällt ebenfalls für die prophylaktischen Leistungen im Pluspaket.

### 5. Heil- und Kostenplan und Leistungsstaffel bei Zahnersatz

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 1.000 Euro, ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) über die gesamte geplante Maßnahme mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Bei Nichtvorlage werden die über 1.000 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen auf die Hälfte der tariflichen Leistung gekürzt.

Im Tarif PROZAHN 90 steigt die Anzahl der Zähne, die eine versicherte Person im Rahmen der tariflichen Leistungen pro Kalenderjahr behandeln lassen kann folgendermaßen:

im 1. bis einschl. 2. Kalenderjahr	insgesamt 2 Zähne	im 1. bis einschl. 4. Kalenderjahr	insgesamt 4 Zähne
im 1. bis einschl. 3. Kalenderjahr	insgesamt 3 Zähne	im 1. bis einschl. 5. Kalenderjahr	insgesamt 5 Zähne
		ab dem 6. Kalenderjahr	unbegrenzt

Keine Anwendung findet die Leistungsstaffel für Modellguss- und Klammerprothesen. Für Teleskopprothesen dagegen gilt die Leistungsstaffel in den ersten fünf Kalenderjahren. Die Leistungsstaffel bezieht sich auf den Zeitpunkt der Behandlung.

Die Leistungsstaffel gilt nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

### 6. Beiträge

Der Versicherungsbeitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Für den Monatsbeitrag gibt es fünf Altersgruppen:

Kinder und Jugendliche zahlen bis Eintrittsalter 16 Jahre **4,00 Euro**, Erwachsene ab Eintrittsalter 17 bis 40 Jahre zahlen **10,00 Euro**, ab Eintrittsalter 41 bis 50 Jahre **16,00 Euro**, ab Eintrittsalter 51 bis 60 Jahre **25,00 Euro**, ab Eintrittsalter 61 Jahre **32,00 Euro**. Der Einschluss der professionellen Zahnreinigung kostet 6,30 Euro (Eintrittsalter 18 bis 32 Jahre) bzw. 6,90 Euro (ab Eintrittsalter 33 Jahre).

In den Jahren, in denen die versicherte Person das 17., 33. (nur im Pluspaket), 41., 51. und 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Januar des jeweiligen Jahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

PROZAHN 90 versichert bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne zu einem Mehrbeitrag von 5,00 Euro je nicht ersetzttem, fehlenden Zahn mit. Bei mehr als drei fehlenden, nicht ersetzten Zähnen ist ein Beitritt nicht möglich.

Die Beiträge werden per Sepa-Lastschrift einbehalten, der Einzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus mit den weiteren Fälligkeitsterminen angekündigt. Mit dieser Information erhält der Kunde auch die Mandatsreferenznummer.