KE 3194

_____
Versicherungsnummer

Antwort per E-Mail
an kv_leistung@gothaer.de
oder per Post an

Gothaer Krankenversicherung AG
50598 Köln

Nachweis von regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen (Zahnpass) für die Tarife MediStart und MediVita Z70 / Z90,

Versicherte Person

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Hinweise

Bei regelmäßigen Zahnarztbesuchen bleibt Ihnen der jeweilige maximale Erstattungssatz erhalten – garantiert!

Deshalb ist es wichtig, dass Sie

- mindestens einmal im Kalenderjahr einen Zahnarzt aufsuchen und
- sich die Untersuchung oder Behandlung bescheinigen lassen.

Wird eine zahnärztliche Maßnahmen für Sie notwendig, reichen Sie uns bitte vor Behandlungsbeginn dieses Formular zusammen mit dem Heil- und Kostenplan an die oben genannte Adresse ein, da die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie ansonsten 50 % des jeweiligen tariflichen Erstattungssatzes betragen. Wir teilen Ihnen dann umgehend mit, welche Kosten wir übernehmen und wie hoch Ihr Eigenanteil voraussichtlich sein wird. Die Kosten für den Heil- und Kostenplan übernehmen wir.

Reichen Sie uns das Formular bitte auch ein, wenn es komplett ausgefüllt ist. Sie erhalten dann von uns einen neuen Vordruck.

Bestätigung des Zahnarztes

Datum Stempel/ Unterschrift	Datum Stempel/ Unterschrift
Datum Stempel/ Unterschrift	Datum Stempel/ Unterschrift