

Antrag auf Gewährung der Garantie schwere Krankheiten und/oder der Garantie Krebs

(einzureichen bei Ihrer Krankenkasse, z.Hd. des Medizinischen Dienstes von MLOZ Insurance)

Ich, Unterzeichnete(r),

Name:	<input type="text"/>																																								
Vorname:	<input type="text"/>																																								
Geburtsdatum:	<input type="text"/>																																								
	<table border="1"><tr><td colspan="10">Nr. des Nationalregisters</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="10">oder</td></tr><tr><td colspan="10">kleben Sie hierhin eine Vignette</td></tr></table>	Nr. des Nationalregisters										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder										kleben Sie hierhin eine Vignette									
Nr. des Nationalregisters																																									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
oder																																									
kleben Sie hierhin eine Vignette																																									

Ich beantrage die Gewährung der **Garantie schwere Krankheiten**, um eine Beteiligung an den mit dieser Krankheit verbundenen medizinischen Unkosten zu erhalten, da ich erkläre, unter einer der schweren Krankheiten zu leiden, die in den Allgemeinen Bedingungen der Versicherungen Hospitalia, Hospitalia Medium und Hospitalia Plus aufgeführt sind.

Es handelt sich um:

- den **ersten Antrag** auf Gewährung der Garantie schwere Krankheiten (*)
Ich füge einen ärztlichen Bericht bei über
 - die Art der Erkrankung
 - das Datum der Diagnosestellung (***)
- eine **Verlängerung** (welche der vorherigen Periode folgt)
Ich füge einen ärztlichen Bericht über die Entwicklung der Krankheit bei.

(*) Der erste Garantiezeitraum beginnt ab dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit. Wenn zwischen dem Datum der Diagnose und dem Datum des Antrags auf Gewährung der Garantie mehr als 3 Jahre vergangen sind, kann die Rückwirkung der Garantie nicht mehr als 3 Jahre ab dem Datum des Antrags auf Gewährung der Garantie betragen.

Ich beantrage die Gewährung der **Garantie Krebs (**)** im Rahmen der Zahnpflegeversicherung Dentalia Up, da ich erkläre, an Krebs erkrankt zu sein.

- Ich füge einen ärztlichen Bericht bei über
 - die Lokalisierung des Krebses
 - das Datum der Diagnosestellung (***)
 - die laufende oder geplante Behandlung (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie)
- Ich füge das Dokument „Behandlungsplan Krebs“ bei, das von meinem Zahnarzt ausgefüllt wurde.
(Dieses Dokument kann später separat übermittelt werden.)

Um die Bearbeitung meiner Kostenerstattung zu erleichtern, erlaube ich MLOZ Insurance bei meiner Krankenkasse meine Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und Zusatzversicherung erhalten haben, einzuholen.

Ausgestellt in am Unterschrift:

(**) die Garantie „Krankheiten, deren Pathologie oder Behandlung Auswirkungen auf die Mundgesundheit haben“

(***) Zur Erinnerung: Die Diagnose muss nach Ihrem Anschluss an Ihre Versicherung gestellt worden sein.