

Leistungs-Check up zur Zahn-Zusatzversicherung
Welche zahnmedizinische Versorgung ist mir wichtig?



| Vorname, Name | Geburtsdatum | Datum |
|---------------|--------------|-------|
| | | |

| Zahnersatz | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen bei Zahnersatz sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages) | <input type="checkbox"/> bis 50 % <input type="checkbox"/> 50 -70 % <input type="checkbox"/> höher als 70% | | |
| Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein? | <input type="checkbox"/> keine Vorgabe <input type="checkbox"/> bis 80 % <input type="checkbox"/> bis 100 % | | |
| Ist Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Verblendgrenze bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis? | | | |
| Sind Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es Begrenzungen für Leistungen bei Implantaten (z.B. max. 1000 Euro je Implantat oder max. 4 Implantate je Kiefer)? | | | |
| Sind Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Erstattung bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis? | | | |
| Ein Preis-/Leistungsverzeichnis ist <u>nicht</u> vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DUOSchutz | | | DENTPower | | | ARAG Z100 |
|---|---------------|---------------|---|---------------|---------------|--|
| Leistungsstufen | | | Leistungsstufen | | | |
| D1 | D2 | D3 | P1 | P2 | P3 | |
| 90% inkl. GKV | 70% inkl. GKV | 50% inkl. GKV | 90% inkl. GKV | 70% Inkl. GKV | 50% Inkl. GKV | 80% inkl. GKV |
| Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100% | | | Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100% | | | 80% inkl. GKV bzw. 100% inkl. GKV, wenn ausschließlich Regelversorgung in Anspruch genommen wird |
| ✓ | | | ✓ | | | ✓ |
| ✓ ✓ bedingungsgemäß | | | ✓ ✓ bedingungsgemäß | | | Bis Zahn 5 ⊘ Regulierungspraxis |
| ✓ ✓ keine | | | ✓ ✓ keine | | | ✓ Bei medizinischer Notwendigkeit ✓ keine |
| ✓ bedingungsgemäß | | | ✓ bedingungsgemäß | | | ✓ bedingungsgemäß |
| ✓ | | | ✓ | | | ✓ |

| DUOSchutz | DENTPower | ARAG Z100 |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 300 Euro in zwei Kalenderjahren | 200 Euro in zwei Kalenderjahren | 100% Bis 2,3-fach GOZ |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig? Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? Wenn ja, welche? (Keine Begrenzung auf bestimmte Behandlungen, z.B. Wurzelbehandlungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung (Zahnbehandlung) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Vollnarkose im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ - 3,5-fach)? (Auch dann, wenn Anspruch bei der GKV besteht und unabhängig davon, ob Kosten- erstattungs- oder Sachleistungsprinzip vereinbart ist.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| | | Nur für Personen ab dem 18. Lebensjahr erstattungsfähig |
| 100% bis 3,5-fach GOZ | 100% bis 3,5-fach GOZ | 100% über 3,5-fach GOZ |
| ✓ | ⊘ | ✓ |
| ✓ | ✓ | ⊘ |
| ✓ | ✓ | ⊘ |
| ✓ | ⊘ | ✓ über 3,5-fach GOZ |

| Kieferorthopädie | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV nicht leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 1 und 2) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Restkosten für Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 3 bis 5) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig? (unsichtbare lose Zahnsperre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DUOSchutz | DENTPower | ARAG Z100 |
|--|--|---------------------------|
| ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3 | ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3 | ✓ 80% der Aufwendungen |
| ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3 | ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3 | ⊘ |
| ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro | ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro | ⊘ |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | |
| Ist die Lingualtechnik erstattungsfähig? (unsichtbare feste Zahnsperre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werden Kunststoff-Brackets und farblose Bögen erstattet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|---|
| pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3 | pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3 | Bei medizinischer Notwendigkeit Regulierungspraxis |
| ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3 | ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3 | ⊘ |
| ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3 | ✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3 | ⊘ |

| Parodontose | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DUOSchutz | DENTPower | ARAG Z100 |
|------------------|------------------|---|
| ✓ 100% | ✓ 100% | ⊘ Einzelfallprüfung |
| ✓ 100% | ⊘ | ⊘ Nur im Rahmen kas- senärztlicher Ver- sorgung, wenn die GKV gänzlich ablehnt |
| ✓ 100% | ⊘ | ⊘ Nur im Rahmen kas- senärztlicher Ver- sorgung, wenn die GKV gänzlich ablehnt |

| Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder) <u>Hinweis:</u> Bei einigen Patienten stimmt der Biss nicht, d.h. Ober- und Unterkiefer passen entweder nach zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder eben einfach von Natur aus nicht zusammen. Bei etwa 5% der Betroffenen werden hierdurch Folgeerkrankungen, wie Gesichtsschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Verspannungen und Blockierungen, Schwindel, Tinnitus, ADHS oder Knacken und Knirschen mit Verlust an Zahnschmelz verursacht. Die genaue Kieferfunktionsanalyse mittels DIR-System und/oder Freecorder liefert die notwendige Grundlage um eine erfolgversprechende Therapie einleiten zu können. Die Kosten hierfür werden <u>nicht</u> von der GKV übernommen. Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind DIR-System und Freecorder bei CMD-Therapie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind DIR-Schienen oder andere Schienen im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Laserbehandlung | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Laserbehandlung bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Laserbehandlung im Rahmen der Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Zahnchirurgie erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DUOSchutz | DENTPower | | | ARAG Z100 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| DUOSchutz | DENTPower | | | ARAG Z100 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 90% inkl. GKV | 70% inkl. GKV | 50% inkl. GKV | <input checked="" type="checkbox"/> Ja, entsprechend der Zuschlagsziffer 0120 aus der GOZ - Erstattung nur, wenn die Hauptleistung auch eine erstattungsfähige GOZ Ziffer ist |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Ja, entsprechend der Zuschlagsziffer 0120 aus der GOZ - Erstattung nur, wenn die Hauptleistung auch eine erstattungsfähige GOZ Ziffer ist |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Ja, entsprechend der Zuschlagsziffer 0120 aus der GOZ - Erstattung nur, wenn die Hauptleistung auch eine erstattungsfähige GOZ Ziffer ist |

| Sonstiges | Sehr Wichtig | Wichtig | Unwichtig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzten Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzter Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnstaffel möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet (keine altersbedingten Beitrags-sprünge)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird auf Wartezeiten verzichtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird z.B. Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Zahnstaffel ist vereinbart? | | | |

| DUOSchutz | DENTPower | ARAG Z100 |
|--|--|---|
| ✓ 4 | ✓ 4 | ✓ Bis 3 fehlende Zähne mit je 20% Zuschlag versicherbar |
| ✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet | ✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet | ⊘ |
| ⊘ Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein | ⊘ | ✓ Ausnahme: Personen die das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, sind von einer altersbedingten Beitragsumstellung betroffen |
| ✓ | ✓ | ⊘ |
| ✓ | ✓ | ✓ |
| ✓ | ✓ | ⊘ |
| <u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz D1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Danach unbegrenzt <u>Zahnersatz D2</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 2.000 € Danach unbegrenzt <u>Zahnersatz D3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt | <u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz P1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Danach unbegrenzt <u>Zahnersatz P2</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 2.000 € Danach unbegrenzt <u>Zahnersatz P3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt | <u>Zahnstaffel</u> 1. Jahr insgesamt Höchstens: 500 € 2. Jahr insgesamt Höchstens: 1.000 € Ab dem 3. J unbegrenzt |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | |
| Sind Sehhilfen erstattungsfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind sonstige Leistungen versichert, die nicht dem Bereich Zahngesundheit zuzuordnen sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|---|
| D1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2000 € | P1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2000 € | |
| D2 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 € | P2 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 € | |
| ⊘ | ⊘ | ⊘ |
| ⊘ | ⊘ | ⊘ |

Diese Übersicht kann die Leistungen nur stark verkürzt darstellen. Wir weisen daher ausdrücklich drauf hin, dass rechtsverbindlich nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Produktinformationen und etwaige Zusatzvereinbarungen des Versicherers sind!

| Vorversicherung | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Gesetzliche Krankenversicherung | Name der Krankenkasse: | |
| Private Zusatzversicherung | Name der Krankenversicherung: | |
| | Art der Krankenversicherung: | <input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Krankenhaus-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> Brille / Sehhilfen <input type="checkbox"/> Sonstige <hr/> |

| Empfehlung des Vermittlers | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D1 | <input type="checkbox"/> DENTPower P1 | <input type="checkbox"/> ARAG Z100 |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 | <input type="checkbox"/> DENTPower P2 | |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D3 | <input type="checkbox"/> DENTPower P3 | |

- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung entsprechend der vorgenannten Empfehlung.
- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung abweichend von der vorgenannten Empfehlung. (bitte ankreuzen)
 - DUOSchutz D1 DENTPower P1 ARAG Z100
 - DUOSchutz D2 DENTPower P2
 - DUOSchutz D3 DENTPower P3
- Ich wünsche keine Zahn-Zusatzversicherung.

-
- Das ausführliche Leistungsprotokoll für die gewählte Zahn-Zusatzversicherung (Württembergische/IGV-DUOSchutz bzw. -DENTPower) habe ich erhalten. Alle Leistungspunkte wurden besprochen. Insbesondere wurde ausführlich dargestellt, ob und in welchem Umfang die in diesem Leistungs-Check up als wichtig und sehr wichtig angegebenen Leistungspunkte versichert sind.

 Ort, Datum

 Unterschrift