

Trotz aller Sorgfalt – Komplikationen lassen sich auch bei Schönheitsoperationen nie ganz vermeiden. Kosten für derartige Folgebehandlungen, werden von den Krankenkassen nur teilweise oder gar nicht übernommen. Damit Sie am Ende nicht die Kosten von medizinischen Folgebehandlungen zahlen müssen, sichert medassure beauty Sie ab. Geben Sie diesen Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben in der Klinik ab oder senden Sie ihn per Mail an antrag@medassure.de.

Persönliche Angaben (Bitte alle Felder ausfüllen!)

Name, Vorname: _____ Geschlecht: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon/ Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____

Angaben zum SEPA-Lastschriftverfahren

Kontoinhaber: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Name des Kreditinstituts: _____
 IBAN:

	--	---	---	---	---	--
--	----	-----	-----	-----	-----	----

Angaben zur Behandlung (Bitte alle Felder ausfüllen!)

Klinik/Agentur: **Absolute Perfect** OP-Datum: _____
 Behandlungsarten: 1. _____
 (z.B. **Fettabsaugung, Bauchstraffung...**) 2. _____
3in1, Sie erhalten drei Behandlungsarten zum Preis von einer) 3. _____
 Dauer in Jahren 1 Jahr **2 Jahre*** 3 Jahre 4 Jahre 5 Jahre

*Bitte beachten Sie, dass eine Verlängerung des Versicherungsschutzes auf 3 bis 5 Jahre nur möglich ist, wenn der Vertrag für mindestens zwei Jahre abgeschlossen wird. Bei den Preisen handelt es sich um eine Einmalzahlung.

Behandlung	1. Jahr (Basis**)	2. Jahre (Premium***)	3. Jahre (Premium***)	4. Jahre (Premium***)	5. Jahre (Premium***)
Oberlid- und Unterlidkorrektur, Ohren anlegen, Fettabsaugung Augenlaser, Facelift, Haartransplantation, Zahnbehandlungen/ Zahnersatz bis 1.000 EUR Behandlungskosten	69 EUR	128 EUR	157 EUR	186 EUR	215 EUR
Brust-, Bauch- & Oberschenkelstraffung, Brustvergrößerung mit Eigenfett, Body Lift (360 Grad Lift OP), Brustverkleinerung, Nasenkorrektur, Intimchirurgie, Po Vergrößerung mit Eigenfett, Zahnbehandlungen/Zahnersatz bei Behandlungskosten zwischen 1.001 EUR und 3.000 EUR	129 EUR	199 EUR	248 EUR	297 EUR	346 EUR
Brustvergrößerung mit Implantat, Implantatwechsel, Po Vergrößerung mit Implantat, Zahnbehandlungen/Zahnersatz bei über 3.001 EUR Behandlungskosten	199 EUR	349 EUR	438 EUR	527 EUR	616 EUR

Kombinationen von mehreren Behandlungsarten (max. 3 innerhalb einer OP) sind für Sie **kostenlos** (Normaltarif +50 EUR)

**Basistarif: Entschädigungsgrenze im Akutkrankenhaus 300.000 EUR, in Privatkliniken 2.500 EUR innerhalb der Vertragslaufzeit

***Premium: Entschädigungsgrenze im Akutkrankenhaus 300.000 EUR, in Privatkliniken 5.000 EUR innerhalb der Vertragslaufzeit

Hiermit bestätige ich die auf www.medassure.de aufgeführten Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen zur medassure Folgekostenversicherung und alle dazugehörigen Informationen gemäß VVG-InfoV (§7 I VVG) erhalten, gelesen und verstanden haben. Weiter erklären sich der Versicherungsnehmer und der Kontoinhaber einverstanden, dass die Jahnke Hoyer & Cie. GmbH den Versicherungsnehmer bei technischen Rückfragen kontaktieren darf und dass die von Ihnen im Antrag gemachten Angaben von der Jahnke Hoyer & Cie. GmbH und ihren Partnern elektronisch gespeichert und bearbeitet werden dürfen. Der Kontoinhaber ermächtigt die Jahnke Hoyer & Cie. GmbH die einmalige Versicherungsprämie von der oben angegebenen Bankverbindung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich erlaubt der Kontoinhaber dem oben angegebenen Kreditinstitut, die von der Jahnke Hoyer & Cie. GmbH angewiesene Lastschrift, einzulösen. Der Kontoinhaber bestätigt, dass er innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages von der Jahnke Hoyer & Cie. GmbH zurückverlangen kann. Es gelten dabei die mit dem angegebenen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die einmalige Versicherungsprämie steht nach erfolgter Operation dem Versicherer in voller Höhe zu. Im Falle eines Widerrufs der ordnungsgemäß durchgeführten Lastschriftbuchung können für Sie weitere Kosten und Mahngebühren entstehen. Der Versicherer behält sich die gerichtliche Durchsetzung der einmaligen Versicherungsprämie ausdrücklich vor.

Ort, Datum/Unterschrift: _____
 Versicherungsnehmer und Kontoinhaber