

Erkrankung/Unfall *drop-down: ~ Erkrankung/Unfall / ~ Erkrankung / ~ Unfall* , geb. , vom

Sehr geehrte Damen und Herren, *drop-down: ~ Sehr geehrte Damen und Herren, / ~ Sehr geehrte Frau / ~ Sehr geehrter Herr*

bei der versicherten Person führen Sie eine zahnärztliche Behandlung durch. Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung der Folgen des Arbeitsunfalls bzw. der Berufskrankheit. Zur Feststellung des Umfangs unserer Leistungspflicht bitten wir Sie, die auf dem beiliegenden Vordruck aufgeführten Fragen zu beantworten.

Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus den §§ 201 bis 203 Sozialgesetzbuch – SGB VII. Sie benötigen zur Datenübermittlung keine Einwilligung der Versicherten.

Sollte eine prothetische Behandlung (Zahnersatz und Zahnkronen) erforderlich sein, benötigen wir einen Heil- und Kostenplan, wie er im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart ist. Betrifft die Behandlung auch vom Versicherungsfall unabhängige Schäden und ist die versicherte Person Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, werden wir uns wegen der Abgrenzung der Kostenübernahme mit der Krankenkasse in Verbindung setzen. Danach erhalten Sie eine entsprechende Kostenzusage.

Nähere Informationen finden Sie unter http://www.dguv.de/de/reha_leistung/verguetung/index.jsp.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage