



Antrag Zahnpflegeversicherung

Versicherungsdeckung

Versicherungsvariante: % max. CHF Franchise: CHF

Versicherungsbeginn: Prämie pro Monat: CHF

Angaben der zu versichernden Person

Vorname: Name:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

Angaben zum Gesundheitszustand Bitte jede Frage vollständig beantworten. Striche gelten nicht als Antwort

Um diese Zusatzversicherung abzuschliessen, müssen Sie innerhalb der letzten 12 Monate beim/bei der Zahnarzt/-ärztin gewesen sein – zur Kontrolle oder Behandlung. Bitte beantworten Sie jede Frage unmissverständlich. Striche gelten nicht als Antwort.

| | | | | |
|----|--|---|-------------------------------------|---|
| 1. | Wann fand Ihre letzte Kontrolle oder Behandlung beim/bei der Zahnarzt/-ärztin statt? | Monat und Jahr: | | |
| | War damit die vollständige Zahnbehandlung des Gebisses (Zähne, Kiefer) abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| | Wenn nein, was ist geplant? | | | |
| 2. | Wie oft gehen Sie zur Dentalhygiene bzw. zur Kontrolle? | <input type="checkbox"/> weniger als 1-mal/Jahr | <input type="checkbox"/> 1-mal/Jahr | <input type="checkbox"/> 2-mal/Jahr oder öfters |
| 3. | Leiden Sie derzeit an Zahn-/Kieferbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| | Wenn ja, was für Beschwerden? | | | |
| 4. | Ist gegenwärtig eine Behandlung geplant? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| | Wenn ja, was für eine Behandlung? | | | |
| 5. | Welche zahnärztliche Fachperson ist am besten über den Zustand Ihrer Zähne informiert? | | | |
| | Name der zahnärztlichen Fachperson: | | | |
| | Adresse: | | | |
| | Bemerkungen: | | | |

| | | | | | |
|----|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------|--|
| 6. | Bestehen: | | | | |
| a) | Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen oder wurde ein Verdacht geäussert? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Diagnose: | |
| b) | Erkrankungen des Zahnfleisches/Zahnbettes? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Diagnose: | |
| c) | Erkrankungen der Mundhöhle? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Diagnose: | |
| d) | Erkrankungen des Kiefers? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Diagnose: | |
| e) | Erkrankungen der Zähne (Bsp. Karies)? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Diagnose: | |

Hinweis für den Antragssteller:

Für den Versicherungsabschluss Dental ab Versicherungsstufe D benötigen wir ein Zahnarztzeugnis. Ausgenommen sind nicht schulpflichtige Kinder, die bislang noch keine Zahnbehandlungen und/oder Zahnkontrolle hatten. Wir bitten Sie, das Zusatzformular von einem/einer eidg. Dipl. Zahnarzt/ärztin (oder gemäss kantonalen Bestimmungen einem/einer gleichgestellten Zahnarzt/ärztin oder einer dipl. Dentalhygieniker/in) ausfüllen zu lassen. Bitte retournieren Sie uns das ausgefüllte Zusatzformular. Die Kosten für das Attest, die Kontrolluntersuchung und die Röntgenbilder gehen zu Ihren Lasten.

Ort, Datum und Unterschrift

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene(n) Person(en) die obengenannte VVG-Versicherung.

- Ich bestätige, den Antrag vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.
- Ich nehme zur Kenntnis dass die KKLH die oben erwähnten Versicherungsprodukte vertreibt und ÖKK Versicherungen AG Risikoträger ist.
- Ebenso ist mir bewusst, dass unwahre oder fehlende Angaben die Kündigung des Vertrages zur Folge haben können.
- Ich ermächtige die KKLH und weitere Träger der von mir beantragten Versicherung, bei allen Leistungserbringern (Ärzte, Therapeuten, Heilanstalten etc.) bei Sozial- und Privatversicherern, resp. deren Gesellschafts- und Vertrauensärzten, sowie bei Behörden Auskünfte zu erteilen, sowie bei diesen Stellen Auskünfte (insbesondere über den Gesundheitszustand) einzuholen, die für den Abschluss der Versicherung nach VVG, für die Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung oder für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich sind. Die dabei involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der KKLH und den weiteren Trägern der von mir beantragten Versicherung von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis entbunden.
- Ich stimme zu, dass KKLH und weitere Träger der von mir beantragten Versicherung für den Abschluss der Versicherung nach VVG, für die Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung und für die Prüfung des Leistungsanspruchs in ein allenfalls von mir vorhandenes Krankenversicherungsdossier der Grund- und/oder Zusatzversicherung bei KKLH Einsicht nehmen und die Daten zu dem genannten Zweck bearbeiten dürfen.
- Ich habe Kenntnis über die Identität des Versicherers, Beginn und Dauer meiner Versicherung sowie über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages (versicherte Risiken, Umfang des Versicherungsschutzes, Prämien und meine weiteren Pflichten, Mindestvertragsdauer und Kündigungsfristen).
- Ich kenne die Karenzfristen (z.B. Zahnbehandlungen, Schwangerschaft).
- Ich nehme zur Kenntnis, dass mögliche Prämienanpassungen per Versicherungsbeginn nicht zur vorzeitigen Kündigung oder zum Widerruf des Antrags berechtigen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die KKLH personenbezogene Daten für die Abwicklung des Versicherungsvertrages bearbeitet. Die KKLH kann diese Daten zu Marketingzwecken und für statistische Auswertungen nutzen. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte ausserhalb der KKLH weitergegeben. Davon ausgenommen sind Fälle, in denen eine Weitergabe von Gesetzes wegen zulässig ist (z.B. an Outsourcingpartner) oder wenn die versicherte Person eingewilligt hat. Die KKLH bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt diese durch angemessene Massnahmen vor Unbefugten.
- Ich kenne die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen und akzeptiere diese (www.kklh.ch/kundenservice/downloads).

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....

.....