

# Antrag Zahnpflegeversicherung

FKB - Die Liechtensteinische  
Gesundheitskasse  
Gagoz 75  
Postfach 363  
FL-9496 Balzers

Tel. +423 388 19 90  
Fax +423 388 19 91

[www.fkb.li](http://www.fkb.li)  
[info@fkb.li](mailto:info@fkb.li)

## Versicherungsdeckung

Versicherungsvariante	%	max. CHF	Franchise CHF
Versicherungsbeginn			Prämie/Monat CHF

## Angaben der zu versichernden Person

Familienname:	Strasse:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	

## DENTAL

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 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 Sanierung des Gebisses (Zähne, Kiefer) abgeschlossen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
2. Wie oft gehen Sie zur Dentalhygiene bzw. zur Kontrolle?	weniger als 1-mal/Jahr <input type="checkbox"/> 1-mal/Jahr <input type="checkbox"/> 2-mal/Jahr oder öfters <input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie derzeit an Zahn- / Kieferbeschwerden?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
4. Ist gegenwärtig eine Behandlung geplant?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Name und Adresse des/der behandelnden Zahnarztes/-ärztin:	Bemerkungen:

5. Bestehen	JA	NEIN	Diagnose
a.) Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.) Erkrankungen des Zahnfleisches-/ Zahnbettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.) Erkrankungen der Mundhöhle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.) Erkrankungen des Kiefers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.) Erkrankungen der Zähne (Bsp. Karies)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Hinweis für den Antragsteller:

Ab Versicherungsstufe D benötigen wir ein Zahnarztzeugnis. Ausgenommen sind nicht schulpflichtige Kinder, die bislang noch keine Zahnbehandlung hatten. Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen von einem eidg. dipl. Zahnarzt (oder gemäss kantonalen Bestimmungen einem gleichgestellten Zahnarzt oder einer diplomierten Dentalhygienikerin) ausfüllen zu lassen. Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Zahnarztzeugnis an Ihre Agentur. Die Kosten für das Attest, die Kontrolluntersuchung und die Röntgenbilder gehen zu Lasten des Antragstellers.

## Versicherungsbeginn und Dauer

Ich wünsche per, \_\_\_\_\_ in die Zusatzversicherung (VVG) aufgenommen zu werden.

## Ort, Datum und Unterschrift

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

- Ich bestätige, den Antrag vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich nehme zur Kenntnis das die FKB die oben erwähnten Versicherungsprodukte vertreibt und ÖKK Versicherungen AG Risikoträger ist.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass allfällige Änderungen der mir vorliegenden Gesundheitsdeklaration, die sich nach Absendung dieses Antrags bis zum Zustandekommen des Versicherungsvertrages ergeben, sofort an FKB nachgemeldet werden müssen.
- Ebenso ist mir bewusst, dass unwahre oder fehlende Angaben die Kündigung des Vertrages zur Folge haben können.
- Ich ermächtige FKB und weitere Träger der von mir beantragten Versicherung, bei Leistungserbringern (Ärzte, Therapeuten etc.) sowie bei Krankenversicherungen und anderen Versicherungsgesellschaften die Auskünfte (insbesondere über den Gesundheitszustand) einzuholen, die für den Abschluss der Versicherung nach VVG erforderlich sind, und entbinde sie dafür vom Berufsgeheimnis. Zudem ermächtige ich sämtliche Träger in mein Krankenversicherungsdossier bei FKB Einsicht zu nehmen.
- 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 FKB personenbezogene Daten für die Abwicklung des Versicherungsvertrages bearbeitet. FKB kann diese Daten zu Marketingzwecken und für statistische Auswertungen nutzen. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte ausserhalb von FKB 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. FKB bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt diese durch angemessene Massnahmen vor Unbefugten.
- Ich kenne die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen und akzeptiere diese ([www.fkb.li](http://www.fkb.li)).

Ort und Datum:

Unterschrift (Kunde/Kundin, gesetzliche/r Vertreter/in):

---