

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
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.

1. Frage nur für Kinder von 0 – 6 Jahren: War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Kontrolle?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
Frage für Kunden ab 7 Jahren: 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?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, was ist geplant?			
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"/>	
Wenn ja, was für Beschwerden?			
4. Ist gegenwärtig eine Behandlung geplant?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
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	JA	NEIN	Diagnose
a.) Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen oder wurde ein Verdacht geäussert?	<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:

Für den Versicherungsabschluss DENTAL ab Versicherungsstufe D benötigen wir ein Zahnarztzeugnis. Ausgenommen sind nicht schulpflichtige Kinder, die bislang noch keine Zahnbehandlung und/oder Zahnkontrolle hatten. Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen von einem/einer eidg. dipl. Zahnarzt/-ärztin (oder gemäss kantonalen Bestimmungen einem/einer gleichgestellten Zahnarzt/-ärztin oder einem/einer diplomierten Dentalhygieniker/in) 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 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 FKB und den weiteren Trägern der von mir beantragten Versicherung von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis entbunden.
- Ich stimme zu, dass FKB 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 FKB 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 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).

Ort und Datum:

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