



Antrag auf Zahnzusatzversicherung

Neuantrag
 Änderungsantrag

Honorarberatung
hat stattgefunden

Hinweis: Damit Ihr Antrag schnellstmöglich bearbeitet werden kann, benötigen wir von Ihnen alle Seiten vollständig ausgefüllt sowie unterschrieben mit Orts- und Datumsangabe. Wir bitten Sie zudem, die Abschnitte „Empfangsbestätigung Vertragsinformationen“ sowie „Schlusserklärung und wichtige Hinweise hierzu“ vor Ihrer Unterschrift gründlich zu lesen. Vielen Dank!

I. Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer (nur bei Änderung) / Vorgangszeichen	Antrag / Anträge für weitere Person(en) anbei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

IIa. Versicherungsnehmer (= ggf. zu versichernde Person 1)

<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verpartnert <input type="checkbox"/> verwitwet
Name / Titel	Geburtsdatum
Vorname	Hauptwohnsitz in den letzten fünf Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
Straße und Hausnummer	Telefon (freiwillige Angabe)
PLZ und (ständiger) Wohnsitz	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Arbeitgeber / Betrieb

IIb. Zu versichernde Person(en) – sofern abweichend von Versicherungsnehmer (IIa.)

1. Person

männlich weiblich divers
Beziehung zum Versicherungsnehmer
 Ehepartner Tochter / Sohn Sonstiges

2. Person

männlich weiblich divers
Beziehung zum Versicherungsnehmer
 Ehepartner Tochter / Sohn Sonstiges

Name / Titel	Name / Titel
Vorname	Vorname
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
PLZ und (ständiger) Wohnsitz	PLZ und (ständiger) Wohnsitz
Berufliche Tätigkeit Arbeitgeber/Betrieb <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	Berufliche Tätigkeit Arbeitgeber/Betrieb <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Hauptwohnsitz in den letzten fünf Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)	Hauptwohnsitz in den letzten fünf Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
Telefon (freiwillige Angabe) E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	Telefon (freiwillige Angabe) E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)



III. Angaben zu Krankenversicherungen (zu versichernde Person[en])

1. Besteht oder bestand (wenn ja, wo zuletzt?) a. eine gesetzliche Krankenversicherung?	1. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei GKV: _____ <input type="checkbox"/> ja, Anspruch auf freie Heilfürsorge	2. Person <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei GKV: _____ <input type="checkbox"/> ja, Anspruch auf freie Heilfürsorge
	b. eine sonstige Zusatzversicherung , die Leistungen bei Zahnbehandlungen vorsieht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei Versicherer / Art: _____
2. Beginn und Ende der Versicherung zu 1 a. bis b.?	a. von _____ bis _____ b. von _____ bis _____	a. von _____ bis _____ b. von _____ bis _____

IV. Versicherungsumfang (zu versichernde Person[en])

1. Person

Datum des Versicherungs- oder Änderungsbeginns

Hinweis: Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach § 2 AVB!

Tarif	Tarifbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag	Risikozuschlag (EUR)	Gesamtbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag

2. Person

Datum des Versicherungs- oder Änderungsbeginns

Hinweis: Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach § 2 AVB!

Tarif	Tarifbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag	Risikozuschlag (EUR)	Gesamtbeitrag (EUR), ggf. inkl. gesetzl. Zuschlag

V. Fragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en)

Bitte beachten Sie auch die unter X.4. beschriebenen Hinweise zum Gendiagnostikgesetz.



Achtung: Eine falsche oder unvollständige Angabe zu den in diesem Antrag gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen (das sind insbesondere die Fragen zum Gesundheitszustand) kann den Versicherer zu Maßnahmen nach § 19 VVG (Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung) berechtigen, zudem zur Leistungsverweigerung. Dies kann, sogar rückwirkend, zum Entfall (durch Rücktritt vom Vertrag oder dessen Kündigung) oder zur Verteuerung des Versicherungsschutzes (durch Vertragsanpassung) führen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und den möglichen Folgen von Verletzungen derselben finden Sie in den Vertragsinformationen auf dem Blatt „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“. Bitte beachten Sie im Rahmen der Beantwortung die entsprechenden Hinweise im Anhang.

Folgende Gesundheitsfragen sind bei Abschluss einer Zahnzusatzversicherung zu beantworten:

	1. Person	2. Person
1. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt wurden? Wenn ja, wie viele? (Nicht angeben sind Milchzähne, Weisheitszähne und vollständige Lückenschlüsse) Falls keiner, bitte „0“ eintragen.		
2. Besteht aktuell eine laufende zahnärztliche Behandlung oder ist eine solche von einem Zahnarzt angeraten worden oder beabsichtigt? (Wichtiger Hinweis: Für die bei Antragsstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und vorgesehenen Zahnbehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen besteht ein Leistungsausschluss .)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Besteht aktuell eine laufende kieferorthopädische oder parodontale Behandlung oder ist eine solche von einem Zahnarzt angeraten worden oder beabsichtigt? (Wichtiger Hinweis: Für die bei Antragsstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und beabsichtigten kieferorthopädischen oder parodontalen Behandlungen besteht ein Leistungsausschluss .)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Folgende Gesundheitsfragen sind zusätzlich bei Abschluss des Tarifs Z50E zu beantworten:

4. Sind mehr als 9 Inlays, Onlays und Zahnfüllungen vorhanden? Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wie viele Zähne sind derzeit ersetzt und/oder überkront (auch Teilkronen)? Falls keiner, bitte „0“ eintragen.		



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

VI. Empfangsbestätigung Vertragsinformationen

Ich habe vor Antragsstellung folgende wichtige Unterlagen rechtzeitig erhalten:

- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
- Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages
- Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Informationsblätter zu Versicherungsprodukten, Kundeninformation, Tarifbeschreibungen (Tarifblätter) und Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu den beantragten Tarifen
- Die Seiten 1-7 dieses Antrages habe ich als Kopie erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

VII. Schlusserklärungen und wichtige Hinweise hierzu (insbes. Einwilligung in die Datenverarbeitung und die Erhebung personenbezogener Daten)

Bevor Sie Ihre Unterschrift für diesen Antrag / Wunsch nach Versicherungsangebot leisten, überprüfen Sie bitte alle Angaben, insbesondere zum Gesundheitszustand, und lesen Sie die Abschnitte „Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“ und „Hinweise“! Mit Ihrer Unterschrift geben Sie außerdem zu den nachstehenden Themenbereichen Erklärungen ab:

Bedeutung der wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen:

Ich weiß, dass der Versicherer seine Entscheidung zu dem hier angefragten Versicherungsschutz auf der Grundlage der Beantwortung der in diesem Formular gestellten Fragen trifft und ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich keine oder nur geringe Bedeutung beimesse. Ich weiß, dass falsche, auch unvollständige Angaben einen ggf. zustande kommenden Versicherungsschutz gefährden, der dann sogar rückwirkend wieder entfallen kann.

Einwilligung in die gemeinsame Datenverarbeitung (diese freiwillige Erklärung ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Angebots- bzw. Antragsbearbeitung, Vertragsschluss und -durchführung):

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie Angaben, die zum Vertragsschluss gemacht wurden, in gemeinsamen Datensammlungen führen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Unterzeichnung dieses Formulars vom Inhalt der Datenschutzhinweise bei Beantragung eines Kranken- oder Pflegeversicherungsvertrages Kenntnis nehmen konnte, die mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen werden.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (der genaue Wortlaut steht auf den folgenden Seiten unter „IX. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“):

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Landeskrankenhilfe
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - 2.2. Erklärung für den Fall Ihres Todes
3. Weitergabe von Gesundheitsdaten
4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Ich habe die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung inkl. des Widerrufsrechts zur Kenntnis genommen und willige hierin ein.

Datennutzung und -verarbeitung für Werbezwecke:

Im Rahmen eines bestehenden Versicherungsvertrags können Ihre personenbezogenen Daten auch ohne ausdrückliche Einwilligung zu Werbezwecken für Versicherungsprodukte der Landeskrankenhilfe genutzt werden. Dem können Sie jedoch jederzeit widersprechen.

Darüber hinaus willige ich jederzeit widerrufbar ein, dass die Landeskrankenhilfe sowie deren Vertriebspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs- und Vertragsdaten zu Werbezwecken für deren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte auch unabhängig vom Bestehen eines Versicherungsvertrages verarbeiten und nutzen dürfen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten zu den vorgenannten Werbe- und Beratungszwecken auch genutzt werden dürfen per

- Telefon Mail

Bitte beachten Sie, dass Sie mit den nachfolgende(n) Unterschrift(en) alle in diesem Dokument enthaltenen Erklärungen (teilweise durch Ankreuzen auswählbar) abgeben und alle in diesem Antragsdokument unter den Punkten I. - XIII. enthaltenen Informationen zur Kenntnis genommen haben. Die besonderen Bedingungen und Leistungsbegrenzungen für die ZahnUpgrade-Tarife unter XI. erkenne ich an.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person 1 (ab Alter 16)

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person 2 (ab Alter 16)

Zusätzliche Unterschrift(en) gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Alleiniges Sorgerecht

Bestätigung des Vermittlers: Der Versicherungsnehmer (VN) hat eine Durchschrift/Kopie des Druckstücks erhalten. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Die Fragen zum Gesundheitszustand (Abschnitt V.) wurden ausschließlich mit den dort gemachten Angaben vom VN bzw. von der zu versichernden Person beantwortet und eine Dokumentation gemäß § 60 ff VVG wurde erstellt.

Vermittlerkontonummer

Unterschrift des Vermittlers

zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum





VIII. SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Landeskrankenhilfe V.V.a.G
Uelzener Straße 120
21335 Lüneburg
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000371814

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

MR

SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige/n (A) den Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Kontoinhaber

Vorname und Name oder Firma *		
Straße, Hausnummer *		
PLZ *	Ort *	Land *
Kreditinstitut (Name) *		BIC (8- bis 11-stellig) *
IBAN (max. 34-stellig) *		
Ort, Datum *		Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s) *

Abweichend von monatlicher Zahlweise wird eine Zahlweise zu nachstehenden Fälligkeiten beantragt:

- Vierteljährlich (zum 1. Jan., 1. Apr., 1. Jul., 1. Okt.)
 Halbjährlich (zum 1. Jan., 1. Jul.)
 Jährlich (zum 1. Jan.)



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum	zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum
--	--

IX. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person(en)

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. an unsere IT-Dienstleister oder Gutachter, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse: Landeskrankenhilfe V.V.a.G, Uelzener Str. 120, 21335 Lüneburg, zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Landeskrankenhilfe selbst (unter 1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Landeskrankenhilfe (unter 3) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Landeskrankenhilfe

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikoprüfung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Landeskrankenhilfe die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Landeskrankenhilfe benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden diese Erklärungen im Einzelfall von Ihnen einholen.

2.2 Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde.

Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Landeskrankenhilfe

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Landeskrankenhilfe zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Landeskrankenhilfe tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel den Druck unserer Vertragskorrespondenz, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Landeskrankenhilfe Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.lkh.de eingesehen oder bei uns (Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Str. 120, 21335 Lüneburg oder unter der hierfür eingerichteten Service-Telefonnummer: 04131 725-1320) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Landeskrankenhilfe dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Landeskrankenhilfe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Landeskrankenhilfe tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Landeskrankenhilfe gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Landeskrankenhilfe meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

* Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

X. Hinweise

1. Gesonderte Angaben

Angaben, die Sie in diesem Formular nicht angeben möchten, sind unmittelbar und unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen, an die Landeskrankenhilfe schriftlich nachzureichen.

2. Verwendbarkeit der Angaben

Ihre Angaben sind die Grundlage für die Vertragserklärung der Landeskrankenhilfe. Daher ist die Landeskrankenhilfe darauf angewiesen, dass die Angaben wahrheitsgemäß und aktuell sind. Lassen Sie sich daher bei der Beantwortung der gestellten Fragen Zeit und überprüfen Sie Ihre Angaben danach noch einmal!

Ihre Angaben sind für uns nur verwertbar, wenn sie innerhalb **von einem Monat vor Eingang des Formulars** bei der Landeskrankenhilfe von Ihnen unterschrieben und damit bestätigt wurden. Die Landeskrankenhilfe behält sich vor, sich Ihre Angaben, insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand, erneut vor Abgabe einer Vertragserklärung bestätigen zu lassen.

3. Andere Versicherungen

Die Landeskrankenhilfe ist unverzüglich zu unterrichten und hat ggf. zuzustimmen, wenn für eine versicherte Person eine weitere Zusatzversicherung (insbesondere Zahnersatz oder Krankenhauskosten) abgeschlossen wird. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten ist die Landeskrankenhilfe nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, das Versicherungsverhältnis, das nicht der Pflicht zur Versicherung dient, fristlos zu kündigen und ist – ebenfalls nach Maßgabe des § 28 VVG – ganz oder teilweise leistungsfrei.

4. Gendiagnostik

Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

5. Widerspruchsrecht nach Art. 21 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung (Werbung)

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages und um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu den Produkten der Landeskrankenhilfe zukommen zu lassen. Wenn Sie in Zukunft keine solchen Informationen und Angebote von uns erhalten möchten, können Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken jederzeit formlos widersprechen. Schicken Sie uns hierzu einfach eine kurze Nachricht per Post: Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg oder gerne per E-Mail an: info@lkh.de.

XI. Besondere Bedingungen und Leistungsbegrenzungen für die ZahnUpgrade-Tarife

Tarif ZU50

Der Tarif **leistet nicht** für bei Vertragsabschluss fehlende noch nicht ersetzte Zähne. Dies gilt für alle Versorgungsformen inkl. Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z.B. Kronen, Brücken, Prothesen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Ein Abschluss dieses Tarifs ist bei mehr als 5 fehlenden und noch nicht ersetzten Zähnen nicht möglich.

Für die bei Antragstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und beabsichtigten Zahnbehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen besteht ein **Leistungsausschluss**.

Für die bei Antragstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und beabsichtigten kieferorthopädischen oder parodontalen Behandlungen besteht ein **Leistungsausschluss**.

Tarife ZU70+(L)/ZU90+(L)

Für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne wird ein Risikozuschlag erhoben. Die Höhe des Risikozuschlages beträgt je fehlendem Zahn 5,00 €.

Ein Abschluss dieser Tarife ist bei mehr als 3 fehlenden und noch nicht ersetzten Zähnen nicht mehr möglich.

Für die bei Antragstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und beabsichtigten Zahnbehandlungen oder Zahnersatzmaßnahmen besteht ein **Leistungsausschluss**.

Für die bei Antragstellung bereits begonnenen sowie die angeratenen und beabsichtigten kieferorthopädischen oder parodontalen Behandlungen besteht ein **Leistungsausschluss**.

Leistungsbegrenzungen

Alle Leistungen sind in der Summe zusätzlich wie folgt begrenzt:

- Im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs vom 01.10. bis 31.12. auf **250 €**, vom 01.07. bis 30.09. auf **500 €**, vom 01.04. bis 30.06. auf **750 €** und vom 01.01. bis 31.03. auf **1.000 €**.
- Im zweiten bis vierten Kalenderjahr der Versicherung im Tarif ZU50 auf zusammen **2.500 €**, in den Tarifen ZU70+(L) und ZU90+(L) auf zusammen **4.000 €**. Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Die Leistungsbegrenzungen gelten auch bei einem Tarifwechsel innerhalb der Tarifwelt des Versicherers.

XII. Tipps zur Vermeidung von Rückfragen

Sie als Kunde oder Vermittler sowie wir als Versicherer sind gleichermaßen an einer zügigen Bearbeitung des Antrags und – wenn möglich – an einer schnellen Policierung interessiert. Dazu können Sie bereits bei der Antragsaufnahme entscheidend beitragen. Die Erfahrung zeigt, dass viele Rückfragen, die die Bearbeitung verzögern, die Einholung von Fragebögen, die auf bestimmte, häufig vorkommende Vorerkrankungen abzielen, und manchmal sogar Arztanfragen oder Arztbesuche vermieden werden, wenn bereits bei der Antragstellung auf genaue und vollständige Angaben zum Gesundheitszustand geachtet wird. Scheuen Sie sich nicht, auch so genannte „Kleinigkeiten“ oder „Nebensächlichkeiten“ aufzuschreiben.

Allgemeiner Hinweis

Legen Sie bitte bereits vorhandene Unterlagen, welche das Krankheitsbild näher beschreiben, direkt dem Antrag bei. Hierzu gehören:

- Heil- und Kostenpläne
- Kieferorthopädische Behandlungspläne
- Beschreibungen der Behandlung
- Arztberichte / Untersuchungsberichte
- Selbstauskünfte

Falls der Platz auf dem Antrag nicht ausreicht, bitten wir Sie, die Angaben in freier Form auf einem gesonderten Blatt – mit Datum und Unterschrift(en) versehen – zu machen. Auf dieses Blatt sowie auf eventuell beigefügte ärztliche Unterlagen ist im Antrag unter Angabe der Bezeichnung und des Datums der Anlagen zu verweisen.



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum

XIII. Dienstleisterliste

Dienstleister, die im Rahmen ihrer Tätigkeit für die LKH personenbezogene Daten verarbeiten:

Dienstleister	Art der Dienstleistung
AVAD e.V.	Auskünfte über Versicherungsvermittler
ACTINEO GmbH	Leistungsprüfung und -abrechnung
Campaign direct services Gütersloh GmbH	Druck-, Kuvertier- und Versandservice
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Telefonische Beratung von Versicherten und Dritten
Ernst Young GmbH	Revisionsleistungen
FT Fernmeldetechnik GmbH (FT-Hoffmann)	Telefondienstleister
Heym GmbH	Telefonzentrale, Wachdienst
IBM Deutschland GmbH, Ehningen	Zuordnung von Posteingang zur Geschäftsvorfallbearbeitung (elektronisch und manuell)
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahme
Infoscore Consumer Data GmbH	Auskunftseinholung bei Antragstellung
Insiders Technologies GmbH	Digitaler Posteingang, App-Entwicklung, App-Cloud-Betrieb
Luware AG	Dienstleister für Contact-Center-Lösungen
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance-Leistungen (Reiserückholdienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland)
MD Medicus Holding GmbH und MD Medicus Assistance GmbH	Assistance-Leistungen (Reiserückholdienste, Arzt- und Krankenhaussuche im In- und Ausland, Auskünfte und Informationen zu medizinischen Dienstleistern im Inland, medizinische Beratung und Videosprechstunde, Terminvereinbarung bei niedergelassenen Ärzten im Inland, Rechnungsprüfung bei Auslandsbehandlung)
Med X Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsprüfung und -abrechnung, Casemanagement, Risikoprüfung
MedCare Int. (USA)	Rechnungsprüfung bei Auslandsbehandlung
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
Microsoft Ireland Operations Ltd.	Telefon- und Kollaborationsdienstleister
Morgen & Morgen GmbH	Tarifvergleiche
PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit
RISK-CONSULTING Prof. Dr. Weyer GmbH	Versicherungsmathematische Dienstleistungen, systemtechnische Unterstützung bei der Risikoprüfung
Sanitätshaus Müller-Betten GmbH & Co.KG	Hilfsmittelversorgung
SPS Germany GmbH	Unterstützung 1 st -Level-Telefonie und Schriftwechselbearbeitung im Kunden- und Vertriebsservice

Kategorien von Dienstleistern	Art der Dienstleistung
Adressermittler	Adressprüfungen
Auskunfteien	Schuldnerrecherche
Berater/Trainer/Coaches	Personalgewinnung und -entwicklung
Druckdienstleister	Visitenkarten
Entsorgungsbetriebe	Dokumenten- und Datenträgervernichtung
IT-Dienstleister	Softwareentwicklung, Programmierung, Hard- und Softwareimplementierung/Wartung/Pflege
Medizinische Gutachter	Erstellung von medizinischen Gutachten, Beratungsleistungen
Postversanddienstleister	Sortierung und Versendung von Briefen und Gegenständen
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung

Landeskrankenhilfe V.V.a.G. · Vorstand: Dr. Matthias Brake (Vors.), Pavel Berkovitch, Jan-Peter Diercks, Gisela Lenk
 Aufsichtsrat: Dr. Wolfgang Walz (Vors.) · Handelsregister: Amtsgericht Lüneburg HRB 29 · Sitz: Lüneburg
 Hausadresse: Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg · Postanschrift: 21332 Lüneburg · Tel. 04131 725-0 · Fax 04131 403402 · www.lkh.de



zu versichernde Person 1: Name, Vorname und Geburtsdatum

zu versichernde Person 2: Name, Vorname und Geburtsdatum