

☐ **Antrag**
☐ **Wunsch nach Versicherungsangebot**

LKH-ZahnUpgrade zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland



I. Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer bei Änderung

☐ Honorarberatung hat stattgefunden

II.a Versicherungsnehmer = ggf. zu versichernde Person

☐ Herr	Name	Geburtsdatum	Hauptwohnsitz in den letzten 5 Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
☐ Frau			
Titel und Vorname		Tel. (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)
Straße und Hausnummer			
PLZ und ständiger Wohnort			

II.b Zu versichernde Person

☐ Herr	Name	Geburtsdatum	Hauptwohnsitz in den letzten 5 Jahren (soweit außerhalb von Deutschland)
☐ Frau			
Titel und Vorname		Beziehung zum Versicherungsnehmer: ☐ Ehegatte ☐ Tochter/Sohn ☐ Sonst.:	
Straße und Hausnummer, falls abweichend vom Versicherungsnehmer		Tel. (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)
PLZ und ständiger Wohnort, falls abweichend vom Versicherungsnehmer			

II.c Beitragszahlung (monatlich)

Die Beitragszahlung soll im Lastschriftverfahren erfolgen (SEPA-Lastschrift-Mandat siehe VII.). Ein zum Vertrag ggf. erteiltes SEPA-Lastschrift-Mandat gilt auch für den jetzt beantragten Versicherungsschutz.

Abweichende Zahlungsweise zu nachstehenden Fälligkeiten: ☐ 1.01. = 1/1- ☐ 1.01., 1.07. = 1/2- ☐ 1.01., 1.04., 1.07., 1.10. = 1/4-jährlich

III. Angaben zu bestehenden Krankenversicherungen der zu versichernden Person

1. Derzeit besteht eine ungekündigte Krankenversicherung bei der ☐ GKV Name

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“.

IV. Versicherungsumfang für die zu versichernde Person

Vers.-/Änderungsbeginn:	01	Beitrag in EUR

V. Fragen zum Zahn- und Gebisszustand der zu versichernden Person

	Nein	Ja	Anzahl
1. Fehlen Ihnen aktuell Zähne, die noch nicht ersetzt sind?	☐	☐	
2. Sind Sie aktuell in einer zahnärztlichen Behandlung oder ist eine solche von Ihrem Zahnarzt angeraten oder beabsichtigt? ..	☐	☐	
3. Sind Sie aktuell in einer kieferorthopädischen oder parodontalen Behandlung oder ist eine solche von Ihrem Zahnarzt angeraten oder beabsichtigt?	☐	☐	

Bitte beachten Sie die unter X. aufgeführten besonderen Versicherungsbedingungen, die Sie mit Ihrer Antragsunterzeichnung anerkennen!

Empfangsbestätigung Vertragsinformationen

Ich habe vor Antragstellung folgende wichtige Unterlagen rechtzeitig erhalten:

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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

VI. 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 „VIII. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person“ und „IX. Hinweise“.

Mit Ihrer Unterschriftsleistung geben Sie außerdem zu den nachstehenden Themenbereichen Erklärungen ab:

A. 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.

B. 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 und die Landeslebenshilfe 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- o. Pflegeversicherungsvertrages* Kenntnis nehmen konnte, die mir zusammen mit den weiteren, gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen werden.

C. 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 und die Landeslebenshilfe sowie deren **Vertriebspartner** meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs- und Vertragsdaten zu Werbezwecken für deren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte auch unabhängig vom Bestehen eines Versicherungsvertrags verarbeiten und nutzen dürfen.

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

☐ Telefon ☐ E-Mail

D. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (der genaue Wortlaut steht auf den folgenden Seiten unter „VIII. 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. Erklärungen 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.

Die besonderen Versicherungsbedingungen gemäß Ziffer X. erkenne ich an.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Zusätzliche Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Unterschrift der zu versichernden Person (ab Alter 16)

☐ Alleiniges Sorgerecht

VII. SEPA-Lastschrift-Mandat (bei mehreren Formularen einmalig ausreichend)

Zahlungsempfänger Landeskrankenhilfe V.V.a.G. Uelzener Str. 120 21335 Lüneburg Deutschland	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000371814 Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben) MR
SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen Ich ermächtige/Wir ermächtigen (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)*

VIII. Weitere Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung ^a

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 Strafgesetzbuch 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 oben angegebenen Adresse 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 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden diese Erklärungen im Einzelfall von Ihnen einholen.

2.2. Erklärungen 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 übermittelt 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 Rückversicherungen

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.

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

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 übermittelt und diese dort erhoben, 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.

IX. 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. Verwertbarkeit 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 Krankheitskostenversicherung für Zahnersatz abgeschlossen wird. Bei Verletzung dieser

Obliegenheiten ist die Landeskrankenhilfe nach Maßgabe des § 28 VVG berechtigt, den Versicherungsvertrag 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 bzw. Landeslebenshilfe 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., 21332 Lüneburg oder gerne per E-Mail an: info@lkh.de.

X. Besondere Versicherungsbedingungen und Leistungsbegrenzungen**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.

Bestätigung des Vermittlers:

Der 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.

Vermittler-Konto-Nr.

Unterschrift des Vermittlers

X

Dienstleisterliste

Anlage zu VIII. Punkt 3.2. der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Dienstleister	Art der Dienstleistung
Sanitätshaus Müller-Betten GmbH & Co.KG	Hilfsmittelversorgung
Drescher Full-Service Versand GmbH	Druck-, Kuvertier- und Versandservice
Heym GmbH	Telefonzentrale, Wachdienst
Morgen & Morgen GmbH	Tarifvergleiche
Med X GmbH	Leistungsprüfung und -abrechnung
MedCare Int.	Rechnungsprüfung für Heilbehandlungen in den USA
compass private pflegeberatung GmbH	Telefonische Beratung von Versicherten und Dritten
Insiders Technologies GmbH	Digitaler Posteingang, App-Entwicklung, App-Cloud-Betrieb
Ernst Young GmbH	Revisionsleistungen
AVAD e.V.	Auskünfte über Versicherungsvermittler
Kategorien von Dienstleistern	Art der Dienstleistung
Entsorgungsbetriebe	Dokumenten- und Datenträgervernichtung
IT-Dienstleister	Softwareentwicklung, Programmierung, Hard- und Softwareimplementierung/ Wartung/Pflege
Auskunfteien	Schuldnerrecherche
Vermittler	Antragsaufnahme, Bestandsbetreuung
Medizinische Assistance-Dienstleister	Krankentransporte, Assistance im Ausland, Abrechnung mit medizinischen Dienstleistern im Ausland
Medizinische Gutachter	Erstellung von medizinischen Gutachten, Beratungsleistungen
Postversanddienstleister	Sortierung und Versendung von Briefen und Gegenständen
Rechtsanwälte	juristische Beratung und Vertretung
Berater/Trainer/Coaches	Personalentwicklung
Adressermittler	Adressprüfungen
Druckdienstleister	Visitenkarten

Stand April 2021