

Antrag auf eine Zahnzusatzversicherung der ottonova Krankenversicherung AG (Generation 2)



Partnernummer

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede	Frau	Herr	Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>			
Nachname	<input type="text"/>			
Straße	<input type="text"/>	Hausnr.	<input type="text"/>	
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>	
Handy Rufnummer*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>	
Familienstatus*	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet

*Als digitaler Versicherer, erfolgt die Kommunikation bei ottonova grundsätzlich über eine App. Zum Einrichten der App benötigen wir diese Angaben.

Zu versichernde Person falls abweichend vom Antragssteller (nur ausfüllen bei Kindern oder Personen unter 18 Jahren)

Anrede	Frau	Herr	Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>			
Nachname	<input type="text"/>			
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>	

Mein Tarifwunsch und Vertragsbeginn

Voraussetzung für die ottonova Zahnzusatzversicherung ist ein bestehender Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Endet die Versicherung bzw. der Leistungsanspruch in der GKV, endet zu diesem Zeitpunkt auch die ottonova Zahnzusatzversicherung.

Tarifauswahl	<input type="text"/>		
Vertragsbeginn	<input type="text"/>	Gesamtmonatsbeitrag	<input type="text"/>

Der Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Datum.

Bankverbindung des Beitragszahlers für die monatliche Beitragszahlung

IBAN	DE	<input type="text"/>					
Vor-/ Nachname	<input type="text"/>						

Ich ermächtige ottonova Krankenversicherung AG, Ottostr. 4, 80333 München (Gläubiger-ID DE23ZZZ00002016282), alle Forderungen zu diesem Vertrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine und der Mandatsreferenznummer angekündigt. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift Kontoinhaber	<input type="text"/>
-------	----------------------	---------------------------	----------------------

Gesundheitsfragen und Bestätigung

Hinweis zu den Gesundheitsfragen:

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die beiliegende „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“.

Falls Sie bei den Angaben unsicher sind, halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Zahnarzt.

Hinweis: Für alle bei Vertragsschluss bereits begonnenen oder angeratenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|
| 1. Wie viele Zähne fehlen Ihnen, die nicht ersetzt wurden? (ohne Lückenschlüsse und Weisheitszähne) | Anzahl | <input type="text"/> |
| 2. Haben Sie herausnehmbare Zahnprothesen? | Ja | Nein |
| 3. Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine Parodontose festgestellt oder eine Parodontosebehandlung durchgeführt bzw. angeraten? | Ja | Nein |

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärung zum Inhalt dieses Antrags und bestätigen, die Einwilligung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen.

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Zudem bin ich einverstanden, dass der Versicherungsschutz ggf. bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist (Einzelheiten hierzu in der Widerrufsbelehrung) beginnt. Es gelten die Tarif- und Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifs.

Zudem willige ich bis auf Widerruf ein, dass mich die ottonova künftig regelmäßig über Versicherungsangelegenheiten per Telefon, App und E-Mail informiert. Der Widerruf kann jederzeit gegenüber ottonova (am besten per Mail an: support@ottonova.de) erklärt werden. Für weitere Informationen siehe auch: www.ottonova.de/datenschutz.

Datum Unterschrift Antragsteller*

* Antragssteller oder der gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen Personen.

Datum Unterschrift vers. Person*

* Versicherte Person ab dem vollendeten 16. Lebensjahr.

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragsstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG,
- Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung,
- Datenschutzhinweise,
- Kundeninformation,
- Tarif- und Versicherungsbedingungen,
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- Widerrufsbelehrung;

Datum Unterschrift Antragsteller