Bitte senden Sie Vorder- und Rückseite dieses Formulars per Fax an **0381 / 405 37 57** oder per E-Mail an **info@jimmy-zusatzversicherung.de**

Unser Erklärfilm

https://youtu.be/mYRcpzQ8cdQ

Nachname, Vorname

Datum / Praxisstempel

	JA	NEIN
1. Wurde aktuell eine Behandlung angeraten?	○	○
wenn ja: Wurde bereits mit der Behandlung begonnen?	○	○
wenn ja: Liegt bereits ein genehmigter HKP vor?	○	○
Höhe HKP:		€
Festzuschuss der Kasse:		€
2. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind?	○	○
wenn ja: wie viele? (Anzahl fehlender Zähne)		Zähne
Sollen diese Zahnlücken mitversichert werden?	○	○
3. Wurden bei Ihnen Zähne überkront oder ersetzt?	○	○
wenn ja: wie viele insgesamt?		Zähne
Anzahl ersetzter/überkronter Zähne älter als 10 Jahre:		Zähne
Anzahl der mit herausnehmbaren Prothesen ersetzten Zähne:		Zähne
4. Bestand jemals eine Parodontitis?	○	○
wenn ja: besteht aktuell eine Parodontitis?	○	○
wenn nein: wie lange ist die PA-Behandlung abgeschlossen?	○ 1 J. ○ 2 J.	○ 3 J.
5. Besteht oder bestand jemals eine Kiefergelenks-Erkrankung (CMD)?	○	○
auch Knirscherschiene ist anzugeben		
6. Liegt ein „gepflegtes“ Bonusheft vor?	○	○
wenn ja:	○ ≥ 5 J.	○ ≥ 10 J.

Behandlungsplan (optional) — **Rechts** — **Links**

Befund

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Befund

Behandlungsplan (optional) — **Rechts** — **Links**

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG UND DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich bin gesetzlich krankenversichert bei der

Vorname **Nachname**

Straße Nr. **PLZ** **Ort**

Telefon **Mobiltelefon**

Geburtsdatum **Geschlecht m / w** **E-Mail**

Ich wünsche die Übernahme von Behandlungskosten für

- ◯ vorhandene provisorische Krone
- ◯ fehlende Zähne
- ◯ zu ziehende Zähne

Das Angebot sowie den Antrag senden Sie mir bitte ◯ per Mail ◯ per Post (mit Rückumschlag)

Schweigepflichtsentbindung für die Praxis:

Damit ich befundorientiert das beste Angebot für eine Zahnzusatzversicherung erhalte, erteile ich hiermit mein Einverständnis, dass meine/n Zahnarzt/In/ BAG/ Zahnarztpraxis meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mailadresse sowie die gesundheitlichen Daten über meinen Zahnstatus) an die **Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH** per Brief, Fax oder E-Mail weiterleiten darf und entbinde ihn/sie insofern von den rechtlichen Beschränkungen seiner/ihrer zahnärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen und außerdem verlangen kann, dass einzelne Daten berichtigt, ergänzt oder gelöscht werden und mir gegenüber Einsicht zu gewähren ist.

Datum **Unterschrift**

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Kontaktaufnahme durch die Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH:

Ich willige ein, dass die Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mailadresse sowie ausdrücklich auch die gesundheitlichen Daten über meinen Zahnstatus) im Rahmen des Vermittlungsauftrages zur vertragsbezogenen Beratung und Bearbeitung einer Zahnzusatzversicherung erheben, verarbeiten und nutzen sowie zu diesem Zwecke an von ihm angefragte Versicherer übermitteln darf. Soweit bei der Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH oder den Versicherern bereits Verträge bestehen, dürfen deren Daten ebenfalls erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Sofern über die Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH eine Zahnzusatzversicherung vermittelt wird, darf die Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH dem Zahnarzt/der Zahnärztin die Daten des Versicherungsvertrags auch elektronisch zur Verfügung stellen.

Ich erhalte das Angebot per Mail und auch per Post. Für Rückfragen darf mich die Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH per Telefonanruf (ggf. nach vorheriger Ankündigung per SMS) und auch per E-Mail kontaktieren. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail (datenschutz@hanse-allrisk.de) oder Post (an die Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH, Dalwitzhofer Weg 22, 18055 Rostock) widerrufen. Die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO stehen mir jederzeit auf der Seite www.hanse-allrisk.de zur Verfügung und werden mir von der Hanse-Allrisk Versicherungsmakler GmbH zusammen mit den Erstinformationen gemäß § 34d Abs. 1 GeWO per Mail sowie auf Wunsch auch mit der Post übersandt.

Datum **Unterschrift**