

Erklärung zum Versicherungsantrag _____ (Datum/Antragsnummer) bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Nachname / Firma	Vorname	Versicherungs-Nr.
_____	_____	_____

Risikozuschlag für Sehhilfen und Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen (refraktive Chirurgie)

Ich bin für die versicherte Person _____ mit folgendem Risikozuschlag für Sehhilfen und folgender Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen* (refraktive Chirurgie) einverstanden:

Ab _____ wird der folgende Risikozuschlag für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) notwendig und die Erstattungsbeträge für augenchirurgische Maßnahmen* (refraktive Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen in dem jeweils beantragten Tarif auf nachfolgende Leistungsstaffel begrenzt:

Tarif (beantragte(n) Tarif(e) bitte ankreuzen)	Risikozuschlag für Sehhilfen	Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen* je Auge	
		in den ersten zwei Kalenderjahren**	ab dem dritten Kalenderjahr**
BUSINESS	10,00 Euro	400,- Euro	1.500,- Euro
PREMIUM	10,00 Euro	400,- Euro	1.500,- Euro
COMFORT-U	7,50 Euro	300,- Euro	1.500,- Euro
COMFORT-MED	7,50 Euro	300,- Euro	1.500,- Euro
COMFORT-B***	7,40 Euro	300,- Euro	1.500,- Euro
EB***	5,00 Euro	300,- Euro	1.500,- Euro
ECONOMY-U	5,00 Euro	200,- Euro	1.500,- Euro

Beginnt einer der oben aufgeführten Tarife mit einer Anwartschaft, gilt der Risikozuschlag für Sehhilfen und die Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen* ab Beginn des vereinbarten vollen Versicherungsschutzes. Bei einer Umstufung / einem Wechsel aus Optionstarifen in einen Tarif mit Leistungen für Sehhilfen bzw. augenchirurgische Maßnahmen gilt der Zuschlag für Sehhilfen bzw. die Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen* erst ab dem Zeitpunkt der Umstufung / des Wechsels. Wird während der Anwartschaft bzw. der Optionszeit die im Antrag angegebene Sehschwäche ausgeglichen, entfällt der Risikozuschlag für Sehhilfen bzw. die Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen*.

Eine Kopie dieser Erklärung ist für mich bestimmt.

* augenchirurgische Maßnahmen umfassen alle operativen Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (refraktive Chirurgie)

** Als Beginn des ersten Kalenderjahres gilt der Versicherungsbeginn des Tarifs. Die darauf folgenden Kalenderjahre beginnen am 01.01. und enden zum 31.12.

*** Die Höhe des Risikozuschlages und der Leistungsbegrenzung ist abhängig von dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe

(Bsp. Risikozuschlag für Sehhilfen: EB-NW/70 = 3,50 Euro Zuschlag / Bsp. Leistungsbegrenzung augenchirurgische Maßnahmen*: COMFORT-B/50 = 150,- Euro in den ersten zwei Kalenderjahren bzw. 750,- Euro ab dem dritten Kalenderjahr).

Erklärungsunterschriften

_____	_____
-------	-------

Datum Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Datum Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahren* ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

* Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.