

Änderungsantrag Beihilfeversicherung

Name des Antragstellers / des Versicherungsnehmers

Versicherungs-Nr.

VEP-Nr.

Wechsel aus einer Beihilfeversicherung in Zusatz- oder Vollversicherungen wegen Wegfall des Beihilfeanspruchs

Hinweis: Ohne erneute Risikoprüfung kann in alle für das Neugeschäft geöffnete a) Zusatz-/Ergänzungstarife (amb. / stat.¹ / zahn) bei Eintritt der Versicherungspflicht b) Krankheitskostenvollversicherungen (amb. / stat.¹ / zahn) bei Eintritt der Versicherungsfreiheit gewechselt werden. Dabei muss für die Leistungsbereiche (amb. / stat.¹ / zahn) bereits aktiver Versicherungsschutz bestanden haben. Der Wechsel muss dabei innerhalb von 6 Monaten nach Wegfall des Beihilfeanspruchs beantragt werden. Optionstarife sind nicht Bestandteil dieser Regelung.

Zum **01.** beantrage ich für mich bzw. die versicherten Personen folgende Tarife:

Person	Name	Vorname	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	wegfallende Tarife ²	<input type="text"/>	
	gewünschte neue Tarife	Gesamtbeitrag monatlich	
	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR	

Person	Name	Vorname	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	wegfallende Tarife ²	<input type="text"/>	
	gewünschte neue Tarife	Gesamtbeitrag monatlich	
	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR	

Person	Name	Vorname	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	wegfallende Tarife ²	<input type="text"/>	
	gewünschte neue Tarife	Gesamtbeitrag monatlich	
	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR	

Zeitpunkt des Wegfalls des Beihilfeanspruchs Ein Nachweis über den Wegfall des Beihilfeanspruchs ist beigefügt wird nachgereicht.

1 bei gleichem oder niedrigerem Versicherungsumfang erfolgt keine Risikoprüfung (z. B. 1-Bett-Zimmer in 1-Bett-Zimmer und niedriger - keine Risikoprüfung / 2-Bett-Zimmer in 2-Bett-Zimmer und niedriger - keine Risikoprüfung)
2 nicht genannte Tarife sollen weiterhin bestehen bleiben

Anpassung an Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Zum **01.** beantrage ich für mich bzw. die versicherten Personen eine Anpassung des Versicherungsschutzes **im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife:**

Person	Name	Vorname	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Beihilfebemessungssatz in %		
	ambulant stationär zahn		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Person	Name	Vorname	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Beihilfebemessungssatz in %		
	ambulant stationär zahn		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Person	Name	Vorname	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Beihilfebemessungssatz in %		
	ambulant stationär zahn		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Ein Nachweis über die Änderung des Beihilfebemessungssatzes ist beigefügt wird nachgereicht.



Besondere Geschäftsvorfälle für Bundeswehrangehörige und heilfürsorgeberechtigte Personen¹ - (z. B. Aktivierung einer Anwartschaft / Ausübung einer Option YA, YF, YO, YO1 / Vereinbarung der Besonderen Bedingungen YR)

Ich beantrage die Aktivierung meiner derzeit in Anwartschaft (AB, AG, AH, YG) bestehenden Tarife zum _____ (Ende der Dienstzeit) und bestätige, dass der gewählte Beihilfeprozentsatz bedarfsgerecht ist. Ein Nachweis zum Dienstzeitende zur Aktivierung der Anwartschaft ist beigefügt wird nachgereicht.

Beitrag monatlich: _____ EUR

Ich erhalte Übergangsgebühnisse voraussichtlich bis _____. Ich erhalte eine Pension.

Bundeswehrangehörige - Nur zu beantworten bei Abschluss der Anwartschaftsversicherung vor dem 01.07.1999:

Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden (WDB)? nein ja Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.

Meine Dienstzeit als Zeitsoldat bzw. Freiwillig Wehrdienstleistender endet am _____.

Zum **01.** _____ beantrage ich für mich bzw. die versicherten Personen folgende Tarife:

Person	Name			Vorname	
<input type="checkbox"/>	_____	_____		_____	
	Tarif(e)			Gesamtbeitrag monatlich	
	_____	_____		_____	
	Beihilfebemessungssatz in %				
	ambulant	stationär	zahn		
	_____	_____	_____		

Person	Name			Vorname	
<input type="checkbox"/>	_____	_____		_____	
	Tarif(e)			Gesamtbeitrag monatlich	
	_____	_____		_____	
	Beihilfebemessungssatz in %				
	ambulant	stationär	zahn		
	_____	_____	_____		

Person	Name			Vorname	
<input type="checkbox"/>	_____	_____		_____	
	Tarif(e)			Gesamtbeitrag monatlich	
	_____	_____		_____	
	Beihilfebemessungssatz in %				
	ambulant	stationär	zahn		
	_____	_____	_____		

Zum **01.** _____ beantrage ich aufgrund der Weiterverpflichtung zum Soldaten auf Zeit den Wechsel vom Tarif YF in den Tarif YK1.

Ein Nachweis zum Dienstzeitende zur Aktivierung der Anwartschaft / zur Ausübung des Optionsrechtes ist beigefügt wird nachgereicht.

Ich beantrage die Umwandlung meiner kleinen Anwartschaftsversicherung in eine große Anwartschaftsversicherung AG YG zum _____.

Tarif(e) _____

¹ Fristen gemäß Allgemeinen Versicherungsbedingungen müssen beachtet werden.

Empfangsbestätigung (nur für Versicherungsschutz, der bisher noch nicht Gegenstand des Vertrages war)

Ich bestätige, dass ich die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: **Tarife mit Tarifbedingungen**) mit den jeweils dazugehörigen **Musterbedingungen/Rahmenbedingungen** (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) einschließlich Besonderer Bedingungen sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationen zu Ihrer Krankenversicherung, Widerrufsbelehrung, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers / des Versicherungsnehmers

Datum

Unterschrift des Antragstellers / des Versicherungsnehmers

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person _____ ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person _____ ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person _____ ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)



Original für Versicherer ■ 1. Austerfertigung für Vertriebspartner ■ 2. Austerfertigung für Antragsteller

A) Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

Sie finden die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter www.continentale.de/datenschutz.

B) Informationen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen

1. Information zur Tarifvariante BKK

Eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ begründet eine Beitragsvergünstigung von 3 % (für die Tarife CEJ, StartA, StartK, StartS und StartZ sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsvericherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen.

Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall können Sie die Versicherung für die Tarife StartA, StartK, StartS und StartZ innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Für die korrekte Vertragsführung ist es erforderlich, dass die Continentale Krankenversicherung die Continentale BKK während der Zeit der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale BKK über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meines/unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. sowie über eine Namensänderung (z.B. nach Heirat) oder Adressänderung (z.B. nach Umzug) und über Versicherungszeiten informiert.

Weiter ist es erforderlich, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie über eine Namens- oder Adressänderung und über Versicherungszeiten informiert.

Hierfür benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale BKK jeweils Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Der Datenaustausch endet für einen Versicherten automatisch, wenn die Mitgliedschaft oder Familienversicherung des Versicherten mit der Continentale BKK endet und die Continentale Krankenversicherung a.G. über die Beendigung informiert wurde. Gleiches gilt, wenn für den jeweils Versicherten kein Versicherungsschutz mehr nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht und die Continentale BKK über die Beendigung informiert wurde.

C) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Ich bin damit einverstanden, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife Bestandteil des Versicherungsvertrages werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus den Tarifbedingungen, Musterbedingungen/Rahmenbedingungen und den Besonderen Bedingungen.

2. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, bevor der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des verbindlichen Antrags erklärt.

Risikoträger

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,
Dr. Thomas Niemoeller, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

