

Antrag auf Abschluss der Besonderen Bedingungen AZ/BA/BO

Versicherungsnehmer (Antragsteller)

Nachname / Firma Vorname

Versicherungs-Nr. VEP-Nummer Fremd-Nr. 1

Abschluss der Besonderen Bedingungen AZ/BA/BO

Zum beantrage ich für die versicherte Person die Besonderen Bedingungen AZ/BA/BO für den schon bestehenden Versicherungsschutz:

VP Name, Vorname der versicherten Person monatlicher Gesamtbeitrag EUR

VP Tarif(e)

Die versicherte Person ist:

<input type="checkbox"/> Student/in Der/die Student/in ist zurzeit im <input type="text"/> Fachsemester. Das Studium endet voraussichtlich am <input type="text"/> . Eine Immatrikulationsbescheinigung	<input type="checkbox"/> Ehegatte eines/r Studenten/in <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r Die Ausbildung endet voraussichtlich am <input type="text"/> .	<input type="checkbox"/> Ehegatte eines/r Auszubildenden
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin in Facharztausbildung Die Ausbildung endet voraussichtlich am <input type="text"/> .	<input type="checkbox"/> Ehegatte eines/r Arztes/Ärztin in Facharztausbildung
<input type="checkbox"/> Meisterschüler/in (Vollzeit) Die Ausbildung endet voraussichtlich am <input type="text"/> . Ein Nachweis	<input type="checkbox"/> Ehegatte eines/r Meisterschülers/in (Vollzeit) <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.
<input type="checkbox"/> Beamtenanwärter/in Die Ausbildung endet voraussichtlich am <input type="text"/> .	<input type="checkbox"/> Ehegatte eines/r Beamtenanwärters/in
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ehegatte eines/r <input type="text"/>

Die Voraussetzungen für die Besonderen Bedingungen AZ/BA/BO enden voraussichtlich am .

Ich bestätige, dass die nach AZ/BA/BO zu versichernde Person – ausgenommen Ausbildungsvergütung/Ausbildungsförderung/Einkünfte aus der Erwerbstätigkeit als Arzt/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit hat. Die nach BA/BO versicherte Person ist beihilfeberechtigt bzw. berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Ein Exemplar dieses Antrages ist für mich bestimmt.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Besonderen Bedingungen AZ/BA/BO erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers

Datum Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers

Datum Unterschrift der versicherten Person ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)

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





Risikoträger

Continental 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 Niemöller, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368