

Änderungsantrag Krankenversicherung

Name des Antragstellers / des Versicherungsnehmers

Versicherungs-Nr.

VEP-Nr.

Wechsel aus einer Krankheitskostenvollversicherung in Zusatzversicherungen wegen Eintritt der Versicherungspflicht

Hinweis: Ohne erneute Risikoprüfung kann in alle für das Neugeschäft geöffnete Zusatz-/Ergänzungstarife gewechselt werden, sofern damit keine Mehrleistungen verbunden sind. Dabei muss für die Leistungsbereiche (amb. / stat. / zahn?) bereits aktiver Versicherungsschutz bestanden haben. Der Wechsel muss dabei innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt werden. Optionstarife sind nicht Bestandteil dieser Regelung.

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

| Person | Name, Vorname | wegfallende Tarife ³ | Gesamtbeitrag monatlich |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| | | gewünschte neue Tarife | |
| | | <input type="text"/> | |
| Person | Name, Vorname | wegfallende Tarife ³ | Gesamtbeitrag monatlich |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| | | gewünschte neue Tarife | |
| | | <input type="text"/> | |
| Person | Name, Vorname | wegfallende Tarife ³ | Gesamtbeitrag monatlich |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| | | gewünschte neue Tarife | |
| | | <input type="text"/> | |

Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht Ein Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht 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 mindestens 75 % Zahnersatz-Leistung

3 nicht genannte Tarife sollen weiterhin bestehen bleiben

Niedrigertarifizierung

Hinweis: z. B. bei KV-Vollversicherungen: Erhöhung einer Selbstbeteiligung, Umstellung der versicherten Unterkunftskosten von Ein- in Zwei-Bett-Zimmer, Verringerung des Leistungsumfangs im Zahnbereich (z. B. Z5 in Z2) oder Wegfall eines Tarifbausteines

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

| Person | Name, Vorname | Tarif(e) – gesamter Versicherungsschutz | Gesamtbeitrag monatlich |
|----------------------|----------------------|---|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="EUR"/> |

Empfangsbestätigung (nur für Versicherungsschutz, der bisher 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, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erhalten habe.

Datum

Unterschrift des Antragstellers / des Versicherungsnehmers

Datum

Unterschrift des Antragstellers / des Versicherungsnehmers / der versicherten Person/en ab 16 Jahren (ggf. der gesetzlichen Vertreter)



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) Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Zusatzvereinbarung zur Tarifvariante BKK

Mir ist bekannt, dass eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ eine Beitragsvergünstigung von 3 % begründet (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 Ausbildungsversicherung 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 kann ich 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.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Einwilligung abgeben können.

Ich willige ein, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale BKK tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. die Continentale BKK in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale BKK übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Diese Einwilligung 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.

Diese Einwilligung zur Übermittlung von Daten ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Erklärung in Textform widerrufen werden. Der Widerruf gegenüber einem Unternehmen ist ausreichend. Der Widerruf – auch für einzelne Personen – kann gerichtet werden an:

Continentale Betriebskrankenkasse, Königswall 22, 44137 Dortmund

Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Mit Zugang der Widerrufserklärung endet diese Einwilligung und die für die Vertragsführung erforderlichen Informationen sind vom Versicherten ab diesem Zeitpunkt direkt dem jeweiligen Unternehmen mitzuteilen.

C) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen Bestandteil des Versicherungsvertrages werden.

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

