

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

Umtarifierung wegen Änderung des Beihilfebemessungssatzes

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

Person	Name, Vorname	ambulant	stationär	zahn
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Aktivierung einer Anwartschaft / Ausübung des Optionsrechtes (YA/YF) - für Bundeswehrangehörige und heilfürsorgeberechtigte Personen¹

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 Übergangsgebühren 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	Tarif(e)	Gesamtbeitrag monatlich	ambulant	stationär	zahn
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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, 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. Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der Continentale Krankenversicherung a.G. den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge des Versicherungsnehmers mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

2. 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 Ausbildungsver sicherung 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 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 Schweigepflichtenbindung 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. 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

