

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

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Nachname / Firma	Vorname	Versicherungs-Nr.
_____	_____	_____

Leistungsstaffel für die Tarife ECONOMY-U, COMFORT-U, COMFORT-MED, PREMIUM, PREMIUM-MED und BUSINESS

Ich bin für die versicherte Person _____ mit folgender Leistungsstaffel für Zahnersatz* einverstanden:

Ab _____ werden in den Tarifen ECONOMY-U, COMFORT-U, COMFORT-MED, PREMIUM, PREMIUM-MED und BUSINESS die Erstattungs-beträge für Zahnersatz* - abweichend vom Abschnitt B II 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu den Tarifen ECONOMY-U, COMFORT-U, COMFORT-MED, PREMIUM, PREMIUM-MED und BUSINESS -

im ersten Kalenderjahr** bis zu insgesamt	500,- Euro	Ich bin damit einverstanden, dass die Erstattung der Leistungen ab dem sechsten Kalenderjahr aus dem Abschnitt B II) der unten genannten Tarife je Kalenderjahr begrenzt sind auf insgesamt bis zu	
in den ersten beiden Kalenderjahren** bis zu insgesamt	1.000,- Euro		
in den ersten drei Kalenderjahren** bis zu insgesamt	1.500,- Euro		
in den ersten vier Kalenderjahren** bis zu insgesamt	2.000,- Euro		
in den ersten fünf Kalenderjahren** bis zu insgesamt	2.500,- Euro		
in den ersten sechs Kalenderjahren** bis zu insgesamt	3.000,- Euro		
		ECONOMY-U 3.000,- Euro	COMFORT-U und COMFORT-MED 10.000,- Euro

begrenzt.

Beginnt einer der oben aufgeführten Tarife mit einer Anwartschaft, gilt die Leistungsstaffel ab Beginn des vereinbarten vollen Versicherungsschutzes. Bei einer Umstufung / einem Wechsel aus Optionstarifen in einen Tarif mit Zahnleistungen gilt die Leistungsstaffel erst ab dem Zeitpunkt der Umstufung / des Wechsels. Wird während der Anwartschaft bzw. der Optionszeit der im Antrag angegebene ältere Zahnersatz erneuert bzw. werden die bei Antragstellung fehlenden Zähne ersetzt, entfällt die Leistungsstaffel.

Die Leistungsstaffel gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nach Versicherungsbeginn ereignen. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

Eine Kopie dieser Erklärung ist für mich bestimmt.

* Zahnersatz umfasst zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) und – soweit der versicherte Tarif es vorsieht – insbesondere zahnärztliche Behandlungen bei Zahnersatz, Versorgung mit oralen Implantaten, augmentative Behandlungen, Kieferorthopädie, Gebissfunktionsprüfungen.

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

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.