

Antrag auf Krankenversicherung – Zahnersatz

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Antragstellers

Antragsnummer/Versicherungsnummer

Ich beantrage zum _____ für folgende Personen Versicherungsschutz nach dem **Tarif CEZ/CEZK** bei der Continentale Krankenversicherung a. G.:

Person	Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geschlecht	Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit	Tarif/Tarifstufe	Monatsbeitrag
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____ EUR
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____ EUR
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____ EUR
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____ EUR
Gesamtbeitrag						_____ EUR

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

A: Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht ersetzt worden sind?

nein ja

Person **1** **2** **3** **4**

Anzahl _____

B: Ist das Gebiß mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen versorgt, die älter als 10 Jahre sind?

nein ja

Anzahl _____

C: Ist zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung angedeutet worden oder wurde eine Behandlung begonnen?

nein ja

Wenn ja, für welche Person ist was angedeutet worden, wer kann Auskunft geben?

Für die besonderen Bedingungen „AZ“ nach dem Tarif CEZ:

Person	Ist voraussichtlich bis	Art der Ausbildung	
<input type="checkbox"/>	_____	Student, zur Zeit im	_____ . Fachsemester
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Vertragsdauer, Beitragszahlungsweise, Erklärung zum Beitragseinzug und zur Leistungsauszahlung

Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Beitragszahlungsweise monatlich. Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden, wenn kein Konto für Leistungsauszahlungen mitgeteilt wird.

Konto-Nummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Hinweis für den Antragsteller und die zu versichernden Personen

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Erklärungen und Verbraucherinformationen auf der Rückseite. Sie enthalten unter anderem eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und eine Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Ort, Datum

Unterschriften: Antragsteller und zu versichernde Personen über 16 Jahre

Vermittler

Unterschrift des Vermittlers

Erklärungen und Verbraucherinformationen

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife, die mir vor Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt, andernfalls spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt werden, **erkenne ich an**.

2. Zustandekommen des Vertrags

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

3. Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes **muß ich** die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig **beantworten**. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

4. Fälligkeit des ersten Beitrags

Der erste Beitrag wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.

5. Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Person, die bis zur Annahme des Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das gleiche gilt für eine zwischenzeitlich beantragte oder abgeschlossene andere Krankenversicherung mit Anspruch auf Zahnersatzleistung. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

6. Wartezeiterlaß

Soweit ich den Erlaß der Wartezeiten aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung beantragt habe, **übernehme ich** die Untersuchungskosten. Geht das zahnärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, dann gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

7. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, daß der Versicherer – soweit hierzu ein Anlaß besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck **befreie ich** Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – **und ermächtige sie**, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur

Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck **befreie ich** die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht **entbinde ich** auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

8. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ferner ein, daß der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, daß die Unternehmen des Versicherungsverbandes Die Continentale einschließlich der Europa Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluß auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, daß der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir spätestens mit dem Versicherungsschein und zusammen mit weiteren Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Werner Heinrichs, Heinz Jürgen Scholz, Peter Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Florian Lensing-Wolff
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.