

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

### Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Nachname / Firma \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

### Leistungsstaffel für den Tarif CEZE

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

Ab \_\_\_\_\_ werden in dem Tarif CEZE die Erstattungsbeträge für Zahnersatz\* - abweichend vom Abschnitt B II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu dem Tarif CEZE -

im ersten Kalenderjahr** bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt	750,- Euro
in den ersten beiden Kalenderjahren** bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt	1.500,- Euro
in den ersten drei Kalenderjahren** bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt	2.250,- Euro
in den ersten vier Kalenderjahren** bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt	3.000,- Euro

begrenzt.

Beginnt der Tarif CEZE mit einer Anwartschaft, gilt die Leistungsstaffel ab Beginn des vereinbarten vollen Versicherungsschutzes. Bei einer Umstufung / einem Wechsel aus Optionstarifen in den Tarif CEZE, 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 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.