

Empfangsbestätigung

Vermittlernummer	Vermittlername
Datum des Antrags/der Anmeldung	Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Versicherungsnehmer/Hauptversicherter

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der folgenden Unterlagen vor meiner Vertragserklärung:

Verbraucherinformation

- Produktinformationsblatt (PM ____ - Version ____.)
- Verbraucherinformation (VG ____ - Version ____.)
- Beitragsentwicklung für Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung
 - Tarif _____ (Version ____ - ____.)
 - Tarif _____ (Version ____ - ____.)
 - Tarif _____ (Version ____ - ____.)
 - Tarif _____ (Version ____ - ____.)
 - Tarif _____ (Version ____ - ____.)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

- AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (PM 22 - Version ____.)
- AVB für die Krankentagegeldversicherung (PM 25 - Version ____.)
- AVB für die private Pflege-Pflichtversicherung (PM 38 - Version ____.)
- AVB für die Pflegekrankenversicherung (PM 41 - Version ____.)
- AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (PM 76 - Version ____.)
- AVB für die Auslandsreise-Zusatzversicherung nach Tarif URZ (PM 62 - Version ____.)
- Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung - Inland (MG 103 - Version ____.)
- _____ (Version ____ - ____.)
- _____ (Version ____ - ____.)

Tarife

- Tarif _____ (Version ____ - ____.)
- Tarif _____ (Version ____ - ____.)
- Tarif _____ (Version ____ - ____.)
- Tarif _____ (Version ____ - ____.)
- Tarif _____ (Version ____ - ____.)
- Tarif _____ (Version ____ - ____.)
- Tarif _____ (Version ____ - ____.)

Sonderbedingungen

- Sonderbedingungen _____ (PM ____ - Version ____.)
- Sonderbedingungen _____ (PM ____ - Version ____.)

Hinweise

- Hinweis zur Anzeigepflichtverletzung
- Hinweis zu den Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie in der Privaten Pflege-Pflichtversicherung
- Hinweis zum Widerrufsrecht

- Durchschlag des Antrags/der Anmeldung auf Krankenversicherung, ausgefüllt.**

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten
-----------	---