

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

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (PM 450 _____ – Version _____ . _____)
- Verbraucherinformation (VG _____ – Version _____ . _____)
- Allgemeine Informationen gemäß § 3 VVG-InfoV (PM 451 – 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 38u _____ – 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 _____ – _____ . _____)
- 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: „Widerrufsbelehrung“ (VG _____ – Version _____ . _____)
- Hinweis zum „Lieferanten-Verhaltenskodex“
- Ausgefüllter Durchschlag des Antrags/der Anmeldung auf Krankenversicherung**

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