

ARAG Krankenversicherung/tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK



Ges.	Abschluss-VP	Abschluss-Orga	Tel. Nr. AV	Fax Nr. AV
------	--------------	----------------	-------------	------------

Änderungsantrag ARAG Vertrags-Nr. _____

Versicherungs-
nehmer/
Antragsteller

Herr Frau Name, Vorname, Titel Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer Adresszusatz _____

PLZ Wohnort Telefon (freiwillige Angabe) _____

bestehende
Grundversicherung

Versicherungs-
beginn

Datum
01 _____

Zahlungsweise

An der Beitragszahlung ändert sich für Sie nichts. Eine Einzugsermächtigung, die Sie erteilt haben, gilt auch für den Beitragsteil zur BEK.

Zu versichernde
Person 1

Herr Frau Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) Geburtsdatum _____

Zu versichernde
Person 2

Herr Frau Name, Vorname, Titel (wenn nicht Antragsteller) Geburtsdatum _____

Entlastungs-
beginn/
Entlastungshöhe/
Beitragsteil

Person 1 bzw. Versicherungsnehmer/Antragsteller
Bitte wählen Sie den gewünschten Entlastungsbeginn
 ab Alter 63 ab Alter 67

Monatliche Entlastung*	Beitragsteil für die BEK**
Euro	Euro

Person 2
Bitte wählen Sie den gewünschten Entlastungsbeginn
 ab Alter 63 ab Alter 67

Monatliche Entlastung*	Beitragsteil für die BEK**
Euro	Euro

Summe der Beitragsteile für die BEK	Euro

* Um diesen Betrag reduziert sich Ihr Beitrag zur Grundversicherung einschließlich des Beitragsteils für die BEK ab dem gewählten Alter.
** Der Beitragsteil für die monatliche Entlastung ist abhängig von dem gewählten Entlastungsbeginn, der Höhe der monatlichen Entlastung und der zugrunde liegenden Grundversicherung.

Neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (AVB) gelten zusätzlich die beiliegenden Besonderen Bedingungen für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK.

Beratungs-
protokoll

Bei Antragstellung über einen Vermittler bestätigen Sie mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben, in dem der Beratungsverlauf richtig wiedergegeben ist.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs finden Sie in der Versicherteninformation unter Ziffer 10 und erhalten Sie nochmals zusammen mit dem Versicherungsschein.

Empfangs-
bestätigung

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (**nicht Zutreffendes bitte streichen**):

- Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Versicherteninformation)
- Besondere Bedingungen für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK

Mit meiner Unterschrift beantrage ich den Wechsel in die im Leistungsumfang mit der oben angegebenen Grundversicherung identische Grundversicherung mit zusätzlicher tarifintegrierter Beitragsentlastungskomponente BEK.

Unterschriften
Vor- und Zunamen

Ort/Datum	Antragsteller
Ort/Datum	1. zu versichernde Person
Ort/Datum	2. zu versichernde Person