DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Abraham-Lincoln-Park 5
65189 Wiesbaden

Absender:

Tel.

Versicherung Nr.

Erklärung

Ich versichere, dass ich in den letzten 12 Monaten weder E-/Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Tabakerhitzer oder sonstigen Tabak/Nikotin geraucht habe und nicht beabsichtige, in Zukunft zu rauchen.

Werde ich erneut Raucher, verpflichte ich mich, den Versicherer darüber unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass dann ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der dafür geltende Zuschlag für mich erhoben wird.

Ort/Datum

Unterschrift