

Datum: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name VN: \_\_\_\_\_

Orga-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

## Mail Umstellservice Krankenversicherung

### Bearbeitung innerhalb von 96 Stunden ab Eingang

(Bitte das Formular ausschließlich für die unten stehenden Vorgänge anwenden)

#### Tarifwechsel (Vollkostenversicherung):

- Fragebogen ist beigefügt\*
- Kunde wünscht ausdrücklich den/die untenstehenden Tarif/e

#### Anpassung an den Bedarf:

- Prämienauskunft an den Vertriebspartner\*
- Umstellungsangebot\*
- Umstellung/Policierung\*

Versand an:  Vermittler\*  Kunden\*

Betroffene Person(en): \_\_\_\_\_

Gewünschte Tarifkombination: \_\_\_\_\_

Änderungstermin (max. 2 Monate in die Zukunft)\*\*: \_\_\_\_\_

Änderungsgrund (in Stichworten): \_\_\_\_\_

#### Wichtiger Hinweis:

Bei Beitrags-/Angebotsanfragen zu Vertragsumstellungen – für die eine Risikoprüfung und aktuelle Gesundheitsfragen erforderlich sind – gilt die Prämienauskunft vorbehaltlich der abschließenden Prüfung. Eine verbindliche Vertragsumstellung ist nur möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen zugegangen sind.

#### Bitte ausschließlich nachfolgenden Eingangskanal verwenden:

Mail an: [kranken-bestand@dbv.de](mailto:kranken-bestand@dbv.de)

\*Zutreffendes bitte ankreuzen    \*\*Genauer Zeitpunkt der Änderung des Beihilfe- oder Krankentagegeldanspruchs

