

Besondere Vereinbarungen

zum Antrag vom

Versicherungs-Nr.

A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Vorname

Zuname

B. Zu versichernde Person

Vorname

Zuname

C. Ich bin mit Folgendem einverstanden

Risikozuschlag*	Von monatlich	für Tarif	für die nachfolgend aufgeführten Vorerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Bei Beitragsänderungen werden auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend geändert.

Leistungsausschluss

nach Tarifen

für

und Folgen

Unterschriften

Ferner bestätige ich, dass mir bzw. den zu versichernden Personen in der Zeit zwischen der Beantwortung der Gesundheitsfragen und dem jetzigen Zeitpunkt keine Veränderungen des Gesundheitszustandes bekannt geworden sind und dass die Angaben bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen vollständig gemacht wurden, so dass keine Änderung oder Ergänzung der Antworten erforderlich ist.

Ort

Datum

Unterschrift des **Antragstellers** (Versicherungsnehmers)



31400