

Ergänzung zum Versicherungsantrag vom _____

Umstellung von Tarif B100A und ggf. WL100A auf die beihilfekonformen Tarife

Ich beantrage die Umstellung meines Krankenversicherungsvertrages für die nachstehend genannte/n Person/en nach den jeweils aufgeführten Tarifen.				
	Person 1		Person 2	
Name, Vorname, Titel				
Versicherungsbeginn				
Tarife (Bisherige Tarife, die beim künftigen Versicherungsschutz nicht genannt werden, werden umschrieben bzw. entfallen zum bedingungsgemäß frühestmöglichen Termin.)	Bisheriger Versicherungsschutz (alle bisherigen Tarife)			
	Künftiger Versicherungsschutz (alle künftigen Tarife)			
Beihilfeanspruch ab				
Grund				
Dienststelle				
Ort				
Ausbildungsende				
Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/> Bund	<input type="checkbox"/> Land _____	<input type="checkbox"/> Bund	<input type="checkbox"/> Land _____
Beihilfebemessungssatz	Ambulant _____ %	Stationär _____ %	Ambulant _____ %	Stationär _____ %
Name der Person, über die Beihilfe besteht				

X _____
Datum

X _____
Unterschrift Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

X _____
Unterschrift der zu versichernden Person(en), falls nicht selbst Antragsteller (ab 16 Jahre)

X _____
Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist. allein sorgeberechtigt

Telefon
 privat dienstlich

X _____
Datum und Unterschrift(en) des (der) Vermittler(s)