

## Antrag auf Vertragsänderung ohne Risikoprüfung

### 1. Antragsteller/Versicherungsnehmer Herr Frau Firma

Titel/Name			Geb.-Tag   Monat   Jahr			BK-Versicherungsnummer (falls vorhanden)		
Vorname			Geb.-Tag   Monat   Jahr			Antrag wurde gefaxt am		
Straße			Haus-Nr.			VM-Nr.		
Länderkennzeichen/Postleitzahl			Wohnort			abweichende VM-Über-/Unterstellung		
Telefon privat/Mobil (freiwillige Angabe)			Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)			Für Fragen: Name, Tel.-Nr. und Fax des Vermittlers		
E-Mail-Adresse / Fax-Nr. (freiwillige Angabe)								

Ich beantrage bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG die Änderung der bestehenden Krankenversicherung bzw. Pflegepflichtversicherung für nachstehend aufgeführte Person.

### 2. Zu versichernde Person weiblich männlich

Vorname, Name (falls abweichend vom Antragsteller)			Geb.-Tag   Monat   Jahr		
Änderungszeitpunkt			derzeit ausgeübte Tätigkeit/Branche		
Tag   Monat   Jahr					

Tarif/Tarifstufe bisher	Tarif/Tarifstufe neu	Tages-satz	monatl. Beitrag €	Tarif/Tarifstufe bisher	Tarif/Tarifstufe neu	Tages-satz	monatl. Beitrag €

#### Zusätzliche Angaben zur beantragten Vertragsänderung (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):

- Tarifumstellung wegen Beihilfeänderung/-wegfall**
  - Beihilfeänderung am \_\_\_\_\_ neuer Bemessungssatz \_\_\_\_\_ %
  - Beihilfewegfall am \_\_\_\_\_
- Tarifumstellung wegen Ausbildungsbeginn/-ende**
  - Beginn der Ausbildung am \_\_\_\_\_
  - Ende der Ausbildung am \_\_\_\_\_
- Anwartschaftsversicherung**
  - große Anwartschaft  kleine Anwartschaft
  - GKV-Pflicht von \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_
  - Freie Heilfürsorge von \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_
  - Auslandsaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_
- Wiederaufleben**
  - Ende der GKV-Pflicht am \_\_\_\_\_ (Nachweis liegt bei  wird nachgereicht )
  - Ende der freien Heilfürsorge am \_\_\_\_\_
  - Ende des Auslandsaufenthaltes am \_\_\_\_\_
  - Zwingend für die Pflegepflichtversicherung:  
Höhe des regelmäßigen mtl. Gesamteinkommens \_\_\_\_\_ € (s. Rückseite)
  - Wird eine geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) ausgeübt? nein  ja
- Krankentagegeld-Dynamisierung laut Tarifbestimmungen**
  - Zeitpunkt der Gehaltserhöhung \_\_\_\_\_ (Gehaltsnachweise liegen bei  werden nachgereicht )
- Aufnahme neugeborenes Kind**

Sonstige Angaben:

### 3. Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten

**Beratungspflicht gemäß § 6 VVG**  
(relevant bei Tarifumstellungen wegen Erlangung des Beihilfeanspruches, Beihilfewegfall, Ausbildungsbeginn/-ende und bei Tarifierweiterung zur Anwartschaftsversicherung oder zum Wiederaufleben)

- Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.
- Ich habe eine Verzichtserklärung auf Beratung bzw. Beratungsdokumentation unterschrieben (siehe Anlage).

#### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

- Ich habe das Produktinformationsblatt, die Versicherungsinformationen sowie die Tarifbestimmungen mit den dazugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.
- Eine gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht vor Abgabe der Vertragserklärung habe ich unterschrieben (siehe Anlage).

#### Zusatzerklärungen

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.  
Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarife erkenne ich als rechtsverbindlich an. Für diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.  
Ich bin über das Widerrufsrecht (s. Rückseite) informiert.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer
------------	--

**Folgende Vertragsänderungen können mit diesem Formular beantragt werden:**

■ **Tarifumstellungen**

- ✓ Beihilfeänderungen
- ✓ Sondertarif in Normaltarif
- ✓ Verminderung des Versicherungsschutzes  
(Selbstbehalt, stationäre Absicherung)

■ **Anwartschaftsversicherungen**

- ✓ Gesetzliche Krankenversicherung  
(inkl. Zusatztarife zum Zeitpunkt der GKV-Pflicht)
- ✓ Grundwehr- und Ersatzdienst
- ✓ Auslandsaufenthalte

■ **Wiederaufleben**

■ **Krankentagegeld dynamisierung**

■ **Aufnahme von Neugeborenen**

---

**Widerrufsrecht**

**Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn mir der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen und die Versicherungsinformationen nach § 7 Absatz 1 und 2 VVG sowie diese Belehrung zugegangen sind.**

**Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an**

**Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München  
Hausanschrift: Wangauer Straße 30, 81539 München  
Telefax: (0 89) 21 60-2714  
E-Mail: service@vkb.de**

**Widerrufsfolgen**

**Übe ich das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Habe ich zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, hat der Versicherer mir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags zu erstatten. Die Erstattungspflicht ist unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.**

**Pflege-Pflichtversicherung**

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 2 Abs. 3 EStG). Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: Der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten und der Sparerfreibetrag. Bei Renten ist der Zahlbetrag (abzüglich Anteile für Kindererziehungszeiten) zu berücksichtigen.

---

Bayerische Beamtenkrankenkasse  
Aktiengesellschaft  
Maximilianstraße 53, 81537 München  
Haus- und Paketanschrift:  
Wangauer Straße 30, 81539 München  
Telefon (0 89) 21 60-88 88, Telefax (0 89) 21 60-27 14  
www.versicherungskammer-bayern.de

Vorstand:  
Axel Kampmann (Vorsitzender),  
Dr. Hans Olav Herøy, Wolfgang Reif  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Friedrich Schubring-Giese  
Handelsregister: AG München HRB 111 650  
Sitz: München

Konto Bayerische Beamtenkrankenkasse:  
BayernLB  
(BLZ 700 500 00) Konto 24 345