

Vertragsänderung

**Antrag auf / Anmeldung zum
Einschluss der Sonderbedingungen
für die Modifizierte Beitragszahlung
(MBZflex bzw. MBZ.flex)**

Hallesche Krankenversicherung a.G. • 70166 Stuttgart
service@hallesche.de • www.hallesche.de

Antrag auf / Anmeldung zum Einschluss der Sonderbedingungen für die Modifizierte Beitragszahlung (MBZflex bzw. MBZ.flex)

- MBZflex (bisex): Beitragsermäßigung flexibel wählbar zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr
- MBZ.flex (unisex): Beitragsermäßigung flexibel wählbar zwischen dem 62. und 72. Lebensjahr

Zuname, Vorname des
Versicherungsnehmers/
Hauptversicherten:

Versicherungsnummer:

Datum

Mit Wirkung ab 1. wünsche ich für die in meinem vorgenannten Krankenversicherungsvertrag versicherten Personen den Einschluss der Sonderbedingungen für die Modifizierte Beitragszahlung.

Der Einschluss nach MBZflex (bisex) oder MBZ.flex (unisex) richtet sich nach der Kalkulation des bestehenden Tarifprogramms.
Falls dieses nach „Bisex“ kalkuliert ist, so ist die Modifizierte Beitragszahlung nach MBZflex (bisex) einzuschließen. Sofern der bestehende Versicherungsschutz nach „Unisex“ kalkuliert ist, erfolgt die Hinzunahme der Modifizierten Beitragszahlung nach MBZ.flex (unisex).

Person Nr.	Vorname (evtl. abweichender Zuname)	MBZ-Grund- nachlass in €	Monatlicher Beitrag in €

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“, die „Verbraucherinformation“, die „Widerrufsbelehrung“ sowie die „Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung“ in Textform erhalten habe und die Bedingungen anerkenne.

Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis in Ihren Vertragsunterlagen unter „Widerrufsbelehrung“.

Diese Unterlagen erhalten Sie von Ihrem persönlichen Ansprechpartner. Falls nicht, können Sie die Unterlagen im Internet für den MBZflex (bisex) unter www.hallesche.de/mbzflex-bisex-vvg oder für den MBZ.flex (unisex) unter www.hallesche.de/mbzflex-unisex-vvg aufrufen und abspeichern bzw. ausdrucken.

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten