

ANTRAG

PRIVATE AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG

Einfach ausfüllen und
per E-Mail, Fax oder Post
an die BKK MAHLE senden.



Personalien

Vorname, Name

Anschrift

Versichertennummer
(auf Ihrer Gesundheitskarte)

Ja, hiermit beantrage ich die Teilnahme am Wahltarif.

Ja, für meine mitversicherten Familienangehörigen soll der Wahltarif ebenfalls gelten.

Laufzeit · Datum · Unterschrift

Mir ist bekannt, dass die Wahl für unbestimmte Zeit – mindestens jedoch für drei Jahre – gilt und eine Kündigung (Sonderkündigungsrecht ausgenommen) danach erst jeweils zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen kann. Der Wahltarif beginnt zum Ersten des Monats, in dem der Antrag bei der BKK MAHLE eingeht. Es gelten die Versicherungsbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a.G.

Datum

Unterschrift