

## Bestätigung über den Erhalt der Informationen und Vertragsunterlagen gemäß § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

### Daten des Antragstellers

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Folgende Druckstücke wurden mir rechtzeitig vor der Antragstellung ausgehändigt (das entsprechende Stunddatum ist in die linke Spalte einzutragen):

Stunddatum des Druckstücks	Bezeichnung
	Informationsblatt zu Versicherungsprodukten gemäß § 4 VVG-InfoV
	Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 3 VVG-InfoV
	Informationen zum Versicherungsvertrag gemäß § 1 VVG-InfoV
	Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
	<b>Vollkostenversicherung</b>
	Tarif A 90/100, A 80/100
	Tarif A 106, A 112, A 118
	Tarif Z 100/80, Z 80/60
	Tarif K 30
	Tarif K 20
	Tarif K/S
	Vorsorge (gesetzlicher Zuschlag gem. § 149 VAG)
	Besondere Bedingungen zur Beitragsermäßigung im Alter (AVB/PBE)
	Besondere Bedingungen Ausbildungstarife
	<b>Beihilfeversicherung</b>
	Tarif A-Beihilfe mit den Tarifstufen AA 20 – A 50
	Tarif Z-Beihilfe mit den Tarifstufen ZZ 20 – Z 50
	Tarif K 30-Beihilfe mit den Tarifstufen KK 32 – K 350
	Tarif K 50-Beihilfe mit den Tarifstufen KK 52 – K 550 und K 50/B
	Tarif K/S
	Tarif BET
	Vorsorge (gesetzlicher Zuschlag gem. § 149 VAG)
	Tarif BV (Beamtenanwärterversicherung)
	<b>Zusatzversicherung</b>
	Tarif EG basis
	Tarif ZE 80
	Tarif ZB 90
	Tarif K 50
	Tarif K/S
	<b>Tagegeldversicherung</b>
	Tarif KHT
	Tarif KUR
	Tarif PflegeSchutz
	Tarif KTO mit den Tarifstufen KTO 6 – KTO 26
	Tarif KTS mit den Tarifstufen KTS 2 – KTS 6
	Tarif KTV mit den Tarifstufen KTV 6 – KTV 26
	<b>Anwartschaftsversicherung</b>
	Tarif AV 1 (Anwartschaftsversicherung)
	Tarif AV 2 (Anwartschaftsversicherung freie Heilfürsorge)
	Besondere Bedingungen kleine Anwartschaftsversicherung (AVB/AV k)
	<b>Versicherungsbedingungen</b>
	MB/KK 2009
	MB/KT 2009
	AVB/PPV 2017
	MB/EPV 2017
	MB/GEPV 2017
	AVB/BT 2009
	<b>Auslandsreisekrankenversicherung bei dem ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.</b>
	Tarif AK

Stand 05/2018

**Empfangsbestätigung:** Hiermit bestätige ich, dass mir die vorstehend besonders gekennzeichneten Druckstücke rechtzeitig vor Antragstellung ausgehändigt worden sind.

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_