

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
	Vollkostenversicherung
	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 2.0)
	Besondere Bedingungen Ausbildungstarife
	Beihilfeversicherung
	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
	Tarif BET Plus
	Vorsorge (gesetzlicher Zuschlag gem. § 149 VAG)
	Tarif BV (Beamtenanwärterversicherung)
	Zusatzversicherung
	Tarif EG basis
	Tarif ZE 80
	Tarif ZB 90
	Tarif K 50
	Tarif K/S
	Tagegeldversicherung
	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
	Anwartschaftsversicherung
	Tarif AV 1 (Anwartschaftsversicherung)
	Tarif AV 2 (Anwartschaftsversicherung freie Heilfürsorge)
	Besondere Bedingungen kleine Anwartschaftsversicherung (AVB/AV k)
	Versicherungsbedingungen
	MB/KK 2009
	MB/KT 2009
	AVB/PPV 2022 II
	MB/EPV 2017
	MB/GEPV 2022
	AVB/BT 2009
	Auslandsreisekrankenversicherung bei dem ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
	Tarif AK

Stand 01/2023

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

PLZ/Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Alte-Oldenburger-Platz 1 | 49377 Vechta | Telefon 04441 905-0 | Fax 04441 905-470 | info@alte-oldenburger.de | www.alte-oldenburger.de **Amtsgericht Oldenburg** HRB 201539
Vorstand Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge **Vorsitzender des Aufsichtsrats** Dr. Ulrich Knemeyer