

Bitte in Blockschrift ausfüllen

### Kranken- und Pflegepflichtversicherung Nr.

<b>Absender</b>	Vor- und Nachname der versicherten Person _____ Ort _____	Straße _____
<input type="checkbox"/>	<b>Meine Ausbildung endet voraussichtlich am:</b> Tag/Monat/Jahr _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Meine Verbeamtung ist voraussichtlich am:</b> Tag/Monat/Jahr _____	<input type="checkbox"/>
		<b>Ich bitte um persönliche Beratung</b> Meine Telefon-Nr. _____

### Für Personen im öffentlichen Dienst

<input type="checkbox"/>	Ich bin weiterhin bzw. ab dem oben genannten voraussichtlichen Verbeamtungstermin <b>beihilfeberechtigt nach den Beihilfavorschriften</b> des <input type="checkbox"/> Bundes <input type="checkbox"/> Landes _____ für Person/en _____ (Anzahl der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen)	Zum oben genannten Termin (Ausbildungsende bzw. vsl. Verbeamtungstermin) soll auch der Versicherungsschutz ggf. bedarfsgerecht angepasst werden. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ich benötige eine Krankheitskostenversicherung mit i.d.R. 100%-igen Erstattungssätzen. Ich bitte um ein Angebot zur Änderung der Kranken- und Pflegepflichtversicherung ab Tag/Monat/Jahr _____	<input type="checkbox"/> Ich möchte meinen Beitrag ab _____ durch einen Selbstbehalt reduzieren und bitte um ein Angebot. Zur Krankenversicherung interessiert mich ein jährlicher Selbstbehalt von <input type="checkbox"/> 0,00 EUR oder <input type="checkbox"/> 400 EUR oder <input type="checkbox"/> 500 EUR oder <input type="checkbox"/> 300 EUR oder <input type="checkbox"/> 600 Euro oder <input type="checkbox"/> 900 EUR
<input type="checkbox"/>	Ich benötige auch eine Krankentagegeldversicherung zur Absicherung des Verdienstausfalles und bitte um ein Angebot. Mein monatliches Nettoeinkommen beträgt EUR _____	Derzeitige berufliche Tätigkeit _____ Genauere Tätigkeitsbeschreibung _____ Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Wochen
<input type="checkbox"/>	Ich bin nach meiner Ausbildung zunächst <b>in der gesetzlichen Krankenversicherung pflicht-/familienversichert</b> und benötige eine Anwartschaftsversicherung zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.	Ich bin ab (Tag/Monat/Jahr) _____ pflicht-/familienversichert und bitte um ein Angebot.
<b>Nur bei Arbeitslosigkeit ausfüllen – sofern eine Vollkostenversicherung besteht (nicht bei Zusatzversicherungen)</b>	Ich bin arbeitslos seit (Tag/Monat/Jahr) _____ <input type="checkbox"/> <b>ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld I bzw. II</b> <input type="checkbox"/> <b>mit Anspruch auf Beitragszahlung oder auf einen pauschalen Zuschuss zu den Beiträgen</b> durch die Agenturen für Arbeit und benötige einen preisgünstigen Versicherungsschutz mit i. d. R. 100 %-igen Erstattungssätzen.	Die ggf. bestehenden Tarife BN1, BN2, BN3, BN4 sollen bis zum (erneuten) Anspruch auf Beihilfe als kleine Anwartschaftsversicherung geführt werden. Die nachfolgend angekreuzten Tarife <input type="checkbox"/> BW2 <input type="checkbox"/> KHT, KHTE, KHTE-N, KHT-U <input type="checkbox"/> 350, 350E, 350E-N, KUR-U sollen bis zum (erneuten) Anspruch auf Beihilfe <input type="checkbox"/> mit Leistungsanspruch <input type="checkbox"/> als Anwartschaftsversicherung geführt werden. Ich bitte um ein Angebot zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>mit Anspruch auf Arbeitslosengeld I bzw. II</b> <input type="checkbox"/> <b>mit Übernahme der Krankheits- und Pflegekosten</b> durch das Sozialamt und benötige eine Anwartschaftsversicherung zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.	Ich bitte um Umstellung der Krankenversicherung in eine Ruhensversicherung für Arbeitslose. Gleichzeitig ist die Pflegepflichtversicherung in eine Anwartschaftsversicherung umzustellen. (Bitte Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit und ggf. Nachweis vom Sozialamt beifügen.)
	Ort/Datum _____	Unterschrift _____



Bitte ausfüllen und zurücksenden:

DBV Deutsche Beamtenversicherung  
Krankenversicherung,  
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG  
65172 Wiesbaden

Versicherungsnummer

---

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bitte senden Sie diesen Antwortbogen ausgefüllt und unterschrieben zurück, wenn Sie bisher im **öffentlichen Dienst** beschäftigt sind. Vielen Dank.

Freundlich grüßt Sie  
Ihr Kundenservice-Team

