

Datum: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Name VN: _____

Verm.-Nr.: _____

Fax/Mail-Antrag mit 24-Stunden-Service

**Für Umstellungen Options- oder Zusatztarife in
Vollkostenversicherungen sowie Personenzugänge
in der Krankheitskostenvollversicherung ÖD**

Versand an* ☐ Vermittler

☐ Kunden

Betroffene Person(en) _____

Gewünschte Tarifkombination zum _____

Wichtiger Hinweis:

Bei Beitrags-/Angebotsanfragen zu Vertragsumstellungen – für die eine Risikoprüfung und aktuelle Gesundheitsfragen erforderlich sind – gilt die Prämienauskunft vorbehaltlich der abschließenden Prüfung. Eine verbindliche Vertragsumstellung ist nur möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen zugegangen sind.

Bitte ausschließlich nachfolgende Eingangskanäle verwenden:

Fax-Nummer: (0221) 148 - 21250

Mail: G Workflow Kranken Bestand kranken-bestand@axa.de