

## Erklärung zur Umstellung des Versicherungsschutzes

Versicherungsnummer	Aktionskennzeichen 202230	GD/BTNR
Versicherungsnehmer (Name, Vorname)		

Bitte reichen Sie uns diese Erklärung bis **spätestens zum 30.06.2022** (Eingang SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.) bei uns ein.

Bitte zurücksenden an

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.  
eadid-95597  
Postfach 10 34 14  
44034 Dortmund

Ich beantrage aufgrund der Änderung der Beihilfeverordnung des Landes **Bayern** die bedarfsgerechte Umstellung des Versicherungsschutzes für mich und ggf. alle weiteren berücksichtigungsfähigen beihilfeberechtigten versicherten Personen zum **01.10.2021** (Zeitpunkt der erfolgten Änderung).

Die Umstellung erfolgt auf der Grundlage des bestehenden Vertrages. Für den bisherigen Versicherungsschutz abgegebene Einwilligungserklärungen, übrige Vertragsbestandteile und Bedingungen sowie Art und Form der Beitragszahlung gelten unverändert, ein erteiltes SEPA-Mandat behält seine Gültigkeit.

### Besondere Hinweise

Die rückwirkende Umstellung kann nur erfolgen, sofern die Erklärung **innerhalb der o. g. Frist** beantragt wird. Ansonsten ist eine Anpassung nur zum nächsten Monatsersten möglich.

Einen Versicherungsschein über die von Ihnen beantragte Umstellung erhalten Sie in Kürze.

#### Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

**Es besteht ein Widerrufsrecht. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Name und Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich des Beitrages, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung, welche Sie mit dem Versicherungsschein erhalten.**

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person(en)

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(s)