

Antrag auf Erhöhung des bestehenden Krankentagegeldes

Die vereinfachte Antragstellung mit diesem Antrag ist bis zum
30.09.2026 (Eingang SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.) möglich.

Versicherungsnummer	GD/BTNR
Aktionskennzeichen 202608	

Bitte zurücksenden an:

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
avdo7-95597
Postfach 10 34 14
44034 Dortmund

Versicherungsnehmer:

Ich beantrage gemäß den Tarifbedingungen für die Krankentagegeldversicherung die Anpassung des Krankentagegeldes für die nachstehend aufgeführte Person.

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Tarif	Alter Tagessatz	Neuer Tagessatz	Neuer monatlicher Beitrag in EUR

Dieses Umstellungsangebot erfolgt bedingungsgemäß auf der Grundlage des bestehenden Vertrages. Die übrigen Vertragsbestandteile und Bedingungen gelten unverändert fort. Art und Form der Beitragszahlung (z. B. monatliche Lastschrift) bleiben unverändert, ein erteiltes SEPA-Mandat behält seine Gültigkeit.

Besondere Hinweise

Die Erhöhung des Krankentagegeldes wird zum 1. des Monats wirksam, der auf das Antragseingangsdatum folgt. Für Versicherungsfälle, die vor diesem Termin eingetreten sind, besteht nur Anspruch auf die bisherigen Leistungen.

Für den bisherigen Versicherungsschutz abgegebene Einwilligungserklärungen und vereinbarte Besondere Bedingungen gelten auch für den höheren Versicherungsschutz.

Ich erkläre hiermit, dass das insgesamt versicherte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Durchschnitts-Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt.

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 zu versichernden Person