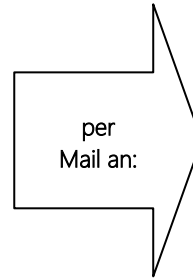


Private Krankenversicherung

ANGEBOTSANFORDERUNG - BEIHILFE

Vermittler:	
C-Nummer:	
Tel.: / Fax:	
E-MAIL:	



krankenversicherung@qualitypool.de

ZUR PERSON

KUNDE

PARTNER/KIND

Name, Vorname: _____

Geschlecht: _____

Berufsstatus: _____

Beihilfeträger (Bundesland) _____

Beihilfeberechtigt zu: _____%

m w Geb. Datum: _____

Beamtenanwärter Beamter

_____%

geordnete wirtschaftliche Verhältnisse

ja nein

m w Geb. Datum: _____

Beamtenanwärter Beamter

_____%

geordnete wirtschaftliche Verhältnisse

ja nein

DERZEITIGE KV

DERZEITIGE KV

Gesellschaft: _____

Monats-Beitrag: _____

Beginn: _____

Gesetzlich Privat keine

_____ seit: _____

_____ EUR inkl. Pflege SB _____ EUR

Gesetzlich Privat keine

_____ seit: _____

_____ EUR inkl. Pflege SB _____ EUR

NEUE KV

Ambulant

Selbstbehalt: ohne SB
SB von _____ bis _____ EUR

Heilpraktiker: mind. _____ € Erstattung

ambulante Psychotherapie: mind. _____ Sitzungen

Logopädie:
Ergotherapie:

**Beihilfe-
ergänzung**

Stationär

Unterbringung: 1-, o. 2-Bett-Zi. mit Chefarzt

2-Bett-Zi. mit Chefarzt

Mehrbett-Zimmer mit Stationsarzt

ohne SB
SB von _____ bis _____ EUR

mind. _____ € Erstattung

mind. _____ Sitzungen

1-, o. 2-Bett-Zi. mit Chefarzt

2-Bett-Zi. mit Chefarzt

Mehrbett-Zimmer mit Stationsarzt

Zahn	Behandlung:	die Höhe ist vom Beihilfeanspruch abhängig und nicht frei wählbar	die Höhe ist vom Beihilfeanspruch abhängig und nicht frei wählbar
	Ersatz:		
	KFO:		
PT	Pflegetagegeld:	<input type="checkbox"/> ja ____ € Tagessatz (ab Pflegegrad__)	<input type="checkbox"/> ja __ € Tagessatz (ab Pflegegrad__)
KHT	in Höhe von:	<input type="checkbox"/> ja ____ € Tagessatz	<input type="checkbox"/> ja ____ € Tagessatz

Sonstiges

DATENSCHUTZKLAUSEL

Der Kunde _____ willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten, einschließlich der besonderer Kategorien wie Gesundheitsdaten, zur Bearbeitung, Angebotserstellung und zum Zwecke der Erlangung des gewünschten Versicherungsschutzes von der Volz Vertriebsservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten (genannt: Qualitypool KV-Team), sowie der SMART Insurtech, Klosterstr. 71, 10179 Berlin, erhoben, gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Der Kunde kann diese Einwilligung jederzeit formfrei für die Zukunft widerrufen.

Der Widerruf ist an die Volz Vertriebsservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten zu richten.
 Telefon: 0451 - 14 08 7878
 Telefax: 0451 - 14 08 7876
 Mail: krankenversicherung@qualitypool.de

Angebot bitte bis _____ erstellen und zusenden

E-Mail: _____
 Fax-Nr.: _____