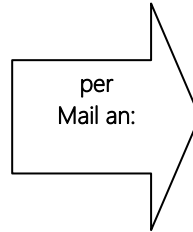


Private Krankenversicherung

ANGEBOTSANFORDERUNG - Vollversicherung



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



krankenversicherung@qualitypool.de

ZUR PERSON

KUNDE

PARTNER/KIND

Name, Vorname:	_____	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geb. Datum: _____
Berufsstatus:	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit
Berufsbezeichnung:	_____	_____
☞ bei Arzt:	<input type="checkbox"/> Mitglied in Gruppe/Verband	<input type="checkbox"/> Mitglied in Gruppe/Verband
☞ bei Arzt Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> MPJ <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> MPJ <input type="checkbox"/> Tierarzt	<input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> MPJ <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> MPJ <input type="checkbox"/> Tierarzt
	geordnete wirtschaftliche Verhältnisse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	geordnete wirtschaftliche Verhältnisse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

DERZEITIGE KV

DERZEITIGE KV Gesellschaft:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Monats-Beitrag:	_____ seit: _____ _____ EUR inkl. Pflege SB _____ EUR	_____ seit: _____ _____ EUR inkl. Pflege SB _____ EUR

Beginn:	_____		
Allgemeines	Tarifart:	<input type="checkbox"/> Einsteigertarif(analog GKV) <input type="checkbox"/> mit Option <input type="checkbox"/> Komforttarif <input type="checkbox"/> Premiumtarif	<input type="checkbox"/> Einsteigertarif(analog GKV) <input type="checkbox"/> mit Option <input type="checkbox"/> Komforttarif <input type="checkbox"/> Premiumtarif
	GOÄ / GOZ:	<input type="checkbox"/> über GOÄ/GOZ <input type="checkbox"/> im Rahmen GOÄ/GOZ	<input type="checkbox"/> über GOÄ/GOZ <input type="checkbox"/> im Rahmen GOÄ/GOZ
	(BRE)Beitrags-rückerstattung:	<input type="checkbox"/> garantiert <input type="checkbox"/> erfolgsabhängig	<input type="checkbox"/> garantiert <input type="checkbox"/> erfolgsabhängig
	Primärarzt:	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
	Hilfsmittel-katalog:	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> umfangreich <input type="checkbox"/> geschlossen	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> umfangreich <input type="checkbox"/> geschlossen
	Vorsorge:	<input type="checkbox"/> soll nicht unter die SB fallen <input type="checkbox"/> soll nicht BRE-schädlich sein	<input type="checkbox"/> soll nicht unter die SB fallen <input type="checkbox"/> soll nicht BRE-schädlich sein
Ambulant	Selbstbehalt:	<input type="checkbox"/> ohne SB <input type="checkbox"/> Prozentuale SB SB von _____ bis _____ EUR	<input type="checkbox"/> ohne SB <input type="checkbox"/> Prozentuale SB SB von _____ bis _____ EUR
	Heilpraktiker: ambulante	<input type="checkbox"/> mind. _____ € Erstattung	<input type="checkbox"/> mind. _____ € Erstattung
	Psychotherapie:	<input type="checkbox"/> mind. _____ Sitzungen	<input type="checkbox"/> mind. _____ Sitzungen
	Logopädie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationär	Unterbringung:	<input type="checkbox"/> 1-, o. 2-Bett-Zi. mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zi. mit Chefarzt <input type="checkbox"/> Mehrbett-Zimmer mit Stationsarzt	<input type="checkbox"/> 1-, o. 2-Bett-Zi. mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zi. mit Chefarzt <input type="checkbox"/> Mehrbett-Zimmer mit Stationsarzt

ANGEBOTSANFORDERUNG - Vollversicherung

Qualitypool KV-Team
 Fax: 0451 – 14 08 7876
 krankenversicherung@qualitypool.de

Interessent: _____

NEUE KV
KUNDE
PARTNER/KIND

Zahn	Behandlung:	mindestens ____ %	mindestens ____ %
	Ersatz:	mindestens ____ %	mindestens ____ %
	Kieferorthopädie:	mindestens ____ %	mindestens ____ %
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
KT	Tagegeldhöhe:	<input type="checkbox"/> ja ____ € Tagessatz	<input type="checkbox"/> ja ____ € Tagessatz
		<input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/> 29.	<input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/> 29.
		<input type="checkbox"/> 43. <input type="checkbox"/> 92. <input type="checkbox"/> 183. <input type="checkbox"/> 365. Tag	<input type="checkbox"/> 43. <input type="checkbox"/> 92. <input type="checkbox"/> 183. <input type="checkbox"/> 365. Tag
	Brutto- /Netto Gehalt:	_____ € Anzahl Gehälter: _____	_____ € Anzahl Gehälter: _____
	Umsatz:	_____ €	_____ €
BEA	Beitragsentlastung im Alter	_____ € / Monat	_____ € / Monat

Bemerkungen/
 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: OVB-Sonderservice), 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

AUSWERTUNG BITTE IN FOLGENDER FORM UEBERSENDEN

Angebot bitte bis _____ erstellen und zusenden

 E-Mail: _____

 Fax-Nr.: _____