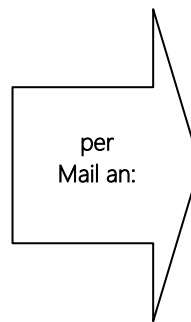


Private Krankenversicherung

ANGEBOTSANFORDERUNG - Zusatzversicherung



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: _____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geb. Datum: _____
Berufsstatus:	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbständig
Berufsbezeichnung:				
Beginn: _____	<input type="checkbox"/> Tarife ohne Alterungsrückstellungen sollen berücksichtigt werden			

NEUE KV

Ergänzung	Heilpraktiker:	<input type="checkbox"/> mind: _____€ /Jahr	<input type="checkbox"/> mind: _____€ / Jahr
	Naturheilverfahren:	<input type="checkbox"/> (auch) Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/> (auch) Hufelandverzeichnis
	Homöopathie/ Osteopathie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehhilfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuzahlungen:	<input type="checkbox"/> Arznei-/Verbandsmittel <input type="checkbox"/> Heil-/Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Arznei-/Verbandsmittel <input type="checkbox"/> Heil-/Hilfsmittel
	Vorsorgeuntersuchungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationär	Unterbringung:	<input type="checkbox"/> 1-oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt	<input type="checkbox"/> 1- oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt
		<input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> ohne GOÄ-Begrenzung <input type="checkbox"/> freie Krankenhauswahl <input type="checkbox"/> nur bei Unfall oder schwerer Krankheit	<input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> ohne GOÄ-Begrenzung <input type="checkbox"/> freie Krankenhauswahl <input type="checkbox"/> nur bei Unfall oder schwerer Krankheit
	ambulante OP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vor-/nachstationäre Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn		<input type="checkbox"/> Inlays <input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Inlays <input type="checkbox"/> Implantate
	Behandlung:	mindestens _____ %	mindestens _____ %
	Ersatz:	mindestens _____ %	mindestens _____ %
	KFO:	mindestens _____ %	mindestens _____ %

Pflege	Pflegetagegeld:	<input type="checkbox"/> _____ € / ab Pflegegrad _____	<input type="checkbox"/> _____ € / ab Pflegegrad _____
	Laienpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beitragsbefreiung im Pflegefall	<input type="checkbox"/> ja ab Pflegegrad _____	<input type="checkbox"/> ja ab Pflegegrad _____
KHT	in Höhe von:	<input type="checkbox"/> ja _____ EUR pro Tag	<input type="checkbox"/> ja _____ EUR pro Tag
	Tagegeldhöhe:	<input type="checkbox"/> ja _____ EUR pro Tag	<input type="checkbox"/> ja _____ EUR pro Tag
KT	Karenz:	<input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/> 29. <input type="checkbox"/> 43. <input type="checkbox"/> 64. <input type="checkbox"/> 92. <input type="checkbox"/> 183. <input type="checkbox"/> 365. Tag	<input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/> 29. <input type="checkbox"/> 43. <input type="checkbox"/> 64. <input type="checkbox"/> 92. <input type="checkbox"/> 183. <input type="checkbox"/> 365. Tag
		Brutto-/Netto Gehalt:	_____ €

Bemerkungen
Vermittler:

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 Vertriebservice 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 Vertriebservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten zu richten.

Telefon: 0451 - 14 08 7878

Telefax: 0451 - 14 08 7876

Mail: krankenvsicherung@qualitypool.de

AUSWERTUNG BITTE IN FOLGENDER FORM UEBERSENDEN

Angebot bitte bis _____ erstellen und zusenden

E-Mail: _____

Fax-Nr.: _____