

Erfassungsbogen Zahnzusatzversicherung

Sie haben sich für den Tarif entschieden?

Dann senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück
Whats App: 0176 288 592 93 - Fax: 0561 / 60 28 39 22 oder E-Mail an: info@vfd-kassel.de

Versicherungsnehmer:

männlich weiblich

Name / Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Tätigkeit / ausgeübter Beruf: _____

gesetzlich krankenversichert bei: _____

E-Mail: _____

IBAN: _____

Tarife der Deutschen Familienversicherung	Komfort 60%	Premium 90%	Exklusiv 100%
Beitrag	30,00 €	47,00 €	51,50 €
Welchen Tarif möchten Sie?	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht

Es fallen in den Tarifen keine Gesundheitsfragen an, sowie:

- keine Wartezeit

- Leistungsausschluss nur für bereits fehlende Zähne, sowie für bereits angeratene oder begonnene Behandlungen.

Die Grundlage für die Leistungen, ergibt sich aus den vorgelegten Versicherungsbedingungen.

Mit diesem Erfassungsbogen beauftragen Sie die VFD-Kassel GmbH mit der Beantragung einer Zahnzusatzversicherung bei der Deutschen Familienversicherung (DFV). Sämtliche vertragsrelevanten Unterlagen wurden in Textform ausgehändigt. Als Nächstes erhalten Sie den Versicherungsschein per Post.

Versicherungsbeginn:

01. _____



Beitrag:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Sie brauchen Unterstützung? Nutzen Sie unseren qualifizierten Beratungsservice und rufen Sie uns an unter: **0561 / 60 28 39 - 0**