

**Erfassungsbogen
ran enhaus-Zusatzversicherung**

Versicherungsnehmer:

männlich weiblich

Name / Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Welche Unterbringung wünschen Sie?

1-Bett 2-Bett

Beitrag: _____ Beitrag: _____

Wünschen Sie ein Krankenhaustagegeld? (auch für Privatversicherte verfügbar)

nein ja Höhe: _____ pro Tag

Rechtliches:

Beitrag: _____

Zur Klarstellung gilt für die Leistungspraxis folgende Regelung:

Aus den UZ-Tarifen besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein solcher Fall liegt vor, wenn ein Arzt in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung in Erwägung gezogen hat. Diese Regelung wird mit Wirkung des Vertragsabschlusses wirksam.

Versicherungsschutz nur mit gültiger IBAN möglich

Ich bestätige, dass ich, zusammen mit anderen Krankenhaustagegeldern,
nicht mehr als 65€ pro Tag versichert habe.
(nur relevant bei Abschluss des Krankenhaustagegeldes)



Versicherungsbeginn: **01.** _____

Beitrag: _____

gesetzlich krankenversichert bei: _____

IBAN: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

**Bitte ausgefüllt zurück an Email info@vfd-kassel.de oder per Fax an 0561 / 60 28 39 22
oder Foto machen und an folgende WhatsApp Nummer senden: 0176 / 288 592 93**