

# Erfassungsbogen Brillenversicherung

Sie haben sich bereits für einen der Vorschläge entschieden?  
Dann senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:  
Gerne per Fax an: 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: \_\_\_\_\_

derzeit krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

↓ Wählen Sie nachfolgend Ihre gewünschte Versicherung aus und ↓  
beantworten Sie die betreffenden Gesundheitsfragen

**DKV**

**Gesundheitsfrage Tarif KHMR:**

ja      nein

(1) Haben Sie eine diagnostizierte Schwerhörigkeit oder Hörschädigung?

    



Versicherungsbeginn: 01. \_\_\_\_\_

gewünschter Beitrag: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_