

Erfassungsbogen Brillenversicherung

Versicherung

Tarif

Beitrag monatlich für



Tarif KHMR



Tarif KHSR

Erstattung für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)

90% für Sehhilfen bis 300€
alle zwei Jahre

80% für Sehhilfen bis 200€
alle zwei Jahre

Erstattung "Hörhilfen"

80% max. 600 EUR
je Hörgerät

Zuzahlungen Krankenkasse (z.B. Rollstuhl etc.)

80% max. 300,00 EUR für
sonstige Hilfsmittel pro Jahr

Auslandsreisekranken

Auslandsreisekranken
schutz bis zu 3 Monaten

Auslandsreisekranken
schutz bis zu 3 Monaten

Hier Brillenversicherung beantragen

Versicherungsnehmer:

männlich weiblich

Vorname / Nachname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Berufsstatus (Arbeitnehmer, Selbstständiger, Rentner)

IBAN:

Ja, ich wünsche folgenden Tarif für Sehhilfen (Brillen & Kontaktlinsen):	Tarif KHMR	Tarif KHSR
	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht

Gesundheitsfrage, nur wenn Tarif KHMR gewünscht:	ja
Haben Sie eine diagnostizierte Schwerhörigkeit oder Hörschädigung?	<input type="checkbox"/>

Mit diesem Erfassungsbogen beauftragen Sie die VFD-Kassel GmbH mit der Beantragung der gewünschten Brillenversicherung bei der DKV. Sämtliche vertragsrelevanten Unterlagen wurden in Textform ausgehändigt. Als Nächstes erhalten Sie den Versicherungsschein per Post.

Versicherungsbeginn: 01. _____

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