

## ERFASSUNGSBOGEN

## KRANKENHAUS-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 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**

in Kooperation mit



Besteht bereits eine Krankenhaustagegeld-Versicherung?

Wenn ja, Versicherer und Höhe angeben: \_\_\_\_\_  
(zusammen maximal erlaubt sind 65€)

JA, ich möchte den oben genannten Schutz im Krankenhaus bei der DKV beantragen

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

**Beitrag:** \_\_\_\_\_

**gesetzlich krankenversichert bei:** \_\_\_\_\_

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

Ohne gültige IBAN ist eine Antragsstellung nicht möglich!

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

Bitte ausgefüllt per Email an [info@vfd-kassel.de](mailto:info@vfd-kassel.de) oder per Fax an 0561 / 60 28 39 22  
oder als Foto über WhatsApp senden: 0176 / 288 592 93