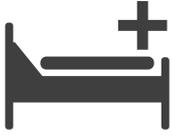


Checkliste zur Offerterstellung



Krankenzusatzversicherungen DE

Anfragen bitte immer an backoffice@allves.com

Persönliche Angaben

Anrede Herr Frau Titel Dr. Prof. Prof. Dr.
Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____ E-Mail _____

Weitere versicherte Personen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherer

UKV DKV SDK Inter Allianz Barmenia Nürnberger _____
 Stationärer Zusatz 1-Bett 2-Bett
 Zahn Zusatz
 Pflege Zusatz Tagessatz _____ €
 Ambulanter Zusatz
 Krankentagegeld Tagessatz _____ €
 Krankenhaustagegeld Tagessatz _____ €

Hinweise:

Die vorstehenden Angaben werden durch den Allves-Vertriebspartner unmittelbar via Allves Deutschland, mit Sitz in 79713 Bad Säckingen, zur weiteren Bearbeitung weitergeleitet. Die eingereichten Daten sind gemäß Datenschutzrichtlinien geschützt und werden ausser an den entsprechenden Produktelieferanten an keine Dritte weitergereicht.

Der Interessent ist mit diesem Vorgehen einverstanden und bestätigt der ALLVES, dass für die Platzierung der Direktversicherung die personenbezogenen Daten weitergeleitet werden dürfen.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____