

# OFFERTANFRAGE Krankenversicherung



Per Fax an 03352/31100-4 oder per Email an office@vbm.at  
oder an VBM, Industriestraße 26/3, 7400 Oberwart senden.

## Wichtiger Hinweis:

Wir sind bemüht anhand dieses Fragebogens Ihre persönliche Risikosituation bestmöglich zu erfassen. Selbstverständlich sind wir bei der Erhebung der relevanten Risikodaten auf Ihre Unterstützung angewiesen. Für den Fall, dass Sie eine umfangreiche Risikoanalyse ablehnen und / oder Teilbereiche nicht vollständig bekannt geben wollen, verweisen wir darauf, dass wir dafür keine Verantwortung übernehmen können.

<b>Versicherungsnehmer:</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/>	Ges. Soz.vers.:	
Name:					Geb. Datum:	
Anschrift:					Staatsbürgerschaft:	
Beruf:				<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	Familienstand:	
Telefon:		Fax:		Email:		

Folgende Personen sollen versichert werden: wenn abweichend vom Versicherungsnehmer					
Name	Geb. Dat.	Geschlecht	Beruf	Ges. Soz.vers.	Staatsbürgers.
VP1:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W			
VP2:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W			
VP3:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W			
VP4:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W			
VP5:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W			

<b>Sonderklasse</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Versicherung erstreckt sich auf Behandlungen im stationären und tagesklinischen Bereich sowie auf Hausentbindungen. Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Krankenhausaufenthalte wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung im folgenden Umfang				
Sonderklassendeckung nur nach Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Selbstbehalt? <input type="checkbox"/> ja: Höhe ca. €		<input type="checkbox"/> nein		
Für welche Bundesländer soll Kostendeckungsgarantie bestehen?					
<input type="checkbox"/> Ganz Österreich (Wien)	<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Steiermark	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> weltweit
<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Salzburg	<input type="checkbox"/> Tirol	<input type="checkbox"/> Vorarlberg		
Sonderklasse mit: <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	Sonderklasse für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5				

<b>Taggeldversicherung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<b>Krankenhaus Taggeld</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tagsatz: € _____	Karenz: <input type="checkbox"/> ja, Tage ____ <input type="checkbox"/> nein	Doppelt nach Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Kinder Begleitkosten</b> (Allgemeine Klasse) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Kostenübernahme für Kuraufenthalte</b> <input type="checkbox"/> ja, Tagsatz € ____ <input type="checkbox"/> nein				
<b>Verdienstausfall</b> (Krankengeld, auch zu Hause ab dem 43. Tag Krankenstand) <input type="checkbox"/> ja, Tagsatz € ____ <input type="checkbox"/> nein					
<b>Pflegegeld</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, Pflegegeld monatlich € _____	Taggeldvariante für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5			

<b>Privatarztkosten</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kosten für ambulante Leistungen, Heilbehelfe oder Arztkosten.				
Ersatzleistung: <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 80%	Jahreshöchstbetrag: <input type="checkbox"/> ca. € 2000 <input type="checkbox"/> ca. € 4000				
Privatarztkosten für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5					

<b>Wellness/Assistance</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Etwa jedes 2. Jahr besteht die Möglichkeit in einem Wellness-Hotel 3 Tage (2 Nächte) zu verbringen. Dabei werden verschiedene Checks durchgeführt, die zur Früherkennung etwaiger Krankheiten dienen sollen.				
Wellness/Assistance für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5					

<b>Kostenübernahme für Zahnersatz</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ersatzleistung: <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 80%	Jahreshöchstbetrag: <input type="checkbox"/> ca. € 1500 <input type="checkbox"/> ca. € 2500				
Zahnersatz für: <input type="checkbox"/> VP1 <input type="checkbox"/> VP2 <input type="checkbox"/> VP3 <input type="checkbox"/> VP4 <input type="checkbox"/> VP5					

- Für das unverbindliche Offert stellen wir Ihnen EUR 30,-- in Rechnung wenn sie noch kein VBM Kunde sind.
- Bei Zustandekommen des Vertrages innerhalb von 12 Monaten wird Ihnen der volle Betrag rückerstattet.

Mit dem Absenden anerkenne ich die nebenstehenden Punkte 1 und 2 und nehme die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-VBM2005)** vollinhaltlich zur Kenntnis.

Ort, Datum

Unterschrift