

ANGEBOTSANFORDERUNG "Zahnzusatzversicherungen"

an SüGa GmbH, Hauptstr. 43, 08294 Löbnitz, Fax 03771 - 33 256, info@suega.de,
Tel 03771 - 300 400

Bitte senden Sie mir die Antragsunterlagen für eine Zahnzusatzversicherung gemäß den untenstehenden Angaben zu.

Falls weitere Personen zu versichern sind, versenden Sie bitte das Formular mehrfach.

Datum der Anfrage:

VN Name, Vorname

 m w

Adresse, bitte mit
Straße und PLZ / Ort

eMail und Telefon für
Rückfragen

gewünschter Tarif

dent FEST ZG plus

zu versichernde
Personen mit
Geburtsdatum
und Geschlecht

<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w
<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w
<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w
<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	w

Beginn

01. 20

Zahlweise

monatlich quartalsweise halbjährlich jährlich

Bemerkungen

Bank-
verbindung
(keine Pflichtangabe)

Kontoinhaber:
Konto-Nr.:
Bankleitzahl:
Geldinstitut:

Wie haben Sie von uns
erfahren?

- überregionale Tageszeitung
 lokale Tageszeitung
 Fachzeitschriften
 Anzeigenblätter
 durch Bekannte
 durch Suchmaschinen im Internet
 Auslage in meiner Arztpraxis bzw. Apotheke
 sonstiges/Empfehlung von:
 Anfrage von www.suega.de

Hiermit bitte ich Sie um ein kostenloses und unverbindliches Angebot gemäß den obigen Angaben.
Ich erhalte in den nächsten Tagen ein ausführliches Angebot und die Beratungsdokumentation auf dem Postwege.
Dort beigefügt ist ein Freiumschlag für die Rücksendung.

Ich weiß, dass mit der Rücksendung des Antrages noch kein Versicherungsschutz besteht.

Wenn Sie auf "Abschicken" klicken, wird Ihre Anfrage mit Ihrem Mailprogramm per eMail versandt. Es erfolgt keine automatische Sendebestätigung! Wir werden uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.

Abschicken

Zurücksetzen
