

Für dieses Angebot steht aktuell noch kein online-Rechner zur Verfügung. Bitte ergänzen Sie die unten genannten Antragsdaten und senden Sie diese an OPTICON und Sie erhalten im Gegenzug einen Antrag. Sie können die Daten gerne via Telefon an die 06353 5080200, via FAX an die 06353 5080201, via Mail an die info@opticon-bfg.de oder via Post an OPTICON, Hauptstr. 24, 67273 Weisenheim am Berg senden.



**Risikoträger: R+V Krankenversicherung AG**  
**Tarif: Kostenerstattung PROFIL**

Altersgruppe	Monatsbeitrag
0 – 15 Jahre	- Euro
16 – 67 Jahre	2,96 Euro*
Ab 68 Jahre	5,23 Euro*

### Angaben zum Antragsteller:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Angaben zu(r) versicherten Person(en):

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Bankverbindung:

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

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ich habe die Datenschutz-Richtlinien des VFdG e.V. ([www.vfgd.de](http://www.vfgd.de)) und der OPTICON Beratungs- und FinanzdienstleistungsgmbH ([www.opticon-bfg.de](http://www.opticon-bfg.de)) auf deren web-auftritt mit dem heutigen Datum gelesen und erkläre mich hiermit einverstanden. Die Antragsanforderung ist unverbindlich. Sollte innerhalb von 4 Wochen nicht zur Antragstellung kommen, werden die obenstehenden Angaben vernichtet.

Ort, Datum, Unterschrift

\* Monatsbeitrag pro 5 Euro Tagessatz