



Interessenformular
per E-Mail an gvp@haev.de oder per Fax an: 02203 977 88-21

Angebot: Sonderkonditionen Cyber-Versicherung
 für Hausärztinnen und Hausärzte, die Mitglied in einem Landesverband des Hausärztinnen- und
 Hausärzteverbandes sind

Ja, ich interessiere mich für die Sonderkonditionen zur Cyber-Versicherung für Hausärztinnen
 und Hausärzte und bitte um Kontaktaufnahme.

Haben Sie schon eine Cyber-Versicherung für Ihren Praxisbetrieb?

Ja Nein

Wenn Versicherungsschutz bereits vorhanden ist, bei welchem Versicherungsunternehmen?

Anzahl Mitarbeiter: _____ Jahreshonorarumsatz: € _____

Telefonisch am besten zu erreichen am _____ um _____

Telefon-Nr.: _____

E- Mail*: _____

Ansprechpartner

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im
 Hausärztinnen- und Hausärzteverband, die PP Business Protection GmbH und die Hiscox SA meine
 oben genannten Daten ausschließlich zur Bearbeitung meines Kontaktaufnahme-/ Beratungs- bzw.
 Bestellwunsches speichern und nutzen. Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten von der GVP
 Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH für einen internen Datenabgleich zur Überprüfung meiner
 Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzteverband genutzt werden dürfen. Eine Übermittlung
 meiner Daten an Außenstehende erfolgt nicht.

*Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH mir unter
 Nutzung der hiermit überlassenen E-Mail-Adresse weitere interessante Informationen zusendet. Ich
 kann dieser Nutzung und Zusendung ohne Angabe von Gründen und jederzeit per E-Mail an
 gvp@haev.de widersprechen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____