

Per Mail an **angebot@sdv.ag** oder Fax an 0821/71008-999

Eingang

Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

## Angebotsanforderung KV Beihilfeversicherung

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

**Versicherungsbeginn** \_\_\_\_\_

### Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

Geschlecht\* männlich weiblich

Straße, Hausnummer\* \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Beruf\* \_\_\_\_\_

Berufsstatus\*  Beamter  Beamtenanwärter  Beamter Bund

Bundesland: \_\_\_\_\_

Beihilfesatz: \_\_\_\_\_ % (falls bekannt)

### Versicherte Person (falls nicht VN)

m\* w\*

Geburtsdatum\*

Beruf\*

VP 1 Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VP 2 Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VP 3 Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VP 4 Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gewünschte Absicherung

### Ambulanter Tarifbereich gewünscht

Mit Ergänzungstarifen

Leistung für Heilpraktiker

- Heilpraktiker erweitert; inkl. Osteopathie, chinesische Med. etc.

- Erstattung durch Ärzte

Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen

### Stationärer Tarifbereich gewünscht

Wahlleistungen Unterkunft

1 Bett / Chefarzt

2 Bett / Chefarzt

Leistungen über Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ)

freie Krankenhauswahl

Rooming-In (bei Kinder)

**Dentaler Tarifbereich gewünscht**

Hohe Leistung bei Zahnersatz / Beihilfeergänzungstarife

Hohe Erstattung Kieferorthopädie (wichtig für Kinder)

Erstattung über der Gebührenverordnung für Zahnärzte

Leistung für Implantate

---

---

**Krankenhaustagegeld**

KHT \_\_\_\_\_ € --- für alle VP's

ausdrücklich nicht gewünscht!

*Info: KHT wird in der Angebotserstellung automatisch mit einem Tagessatz von 25€ berücksichtigt; abweichenden Tagessatz eintragen oder ankreuzen wenn nicht gewünscht!*

---

---

**Kurleistung**

Kurtagegeld \_\_\_\_\_ € = Tagessatz / z.B. 30€

*oder*

Kurkosten

---

---

**Pflegetagegeld**

Erstattung bei Pflegestufe 3

Leistung auch bei Pflegestufe 1

Demenzleistung

Verzicht auf Kündigungsrecht (empfohlen)

Wartezeitenerlass

Beitragsbefreiung im Pflegefall

*Info: gesetzliche Leistung bei Pflegestufe III = 1550€ - Härtefall 1918€ → Kosten für Pflegeheim im Schnitt: ca. 3200€*

---

---

**zusätzliche Bemerkungen / Wünsche / gezielter Gesellschafts- als auch Tarifwunsch:**