

Vermittlername _____

Vermittlernummer _____

E-Mail Adresse _____

Datum _____

Angebotsanforderung KrankenVOLLversicherung

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

Versicherungsbeginn _____

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname* _____

Geschlecht*

männlich

weiblich

Straße, Hausnummer* _____

PLZ, Ort* _____

Familienstand _____

Geburtsdatum* _____

Beruf* _____

Berufsstatus*:

angestellt

selbstständig

freiberuflich

Bei Beamten siehe KV-Beihilfeformular!

Mediziner/ Arzt

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

Selbstbeteiligung:

ja, Höhe max. _____ €

Nein

prozentual _____ %

Beitragsentlastungstarif gewünscht _____ €

Primärarzt/ Hausarzt

Ja

Nein

Erstattung über GOÄ

Ja

Nein

Heilpraktiker

Ja

Nein

----- Logo-, Ergo- und Psychotherapie sind standardmäßig berücksichtigt, da GKV-Niveau!

ausdrücklich nicht gewünscht

Stationärer Tarifbereich

1 Bettzimmer / Chefarzt

Ja

Nein

nur bei Unfall

2 Bettzimmer / Chefarzt

Ja

Nein

nur bei Unfall

nur Mehrbettzimmer

Ja

Nein

Erstattung über GOÄ

Ja

Nein

Dentaler Tarifbereich

min. Zahnersatz/ ZB/ KFO

>50%

>75%

>85%

Erstattung über GOZ

Ja

Nein

Implantate umfangreich

Ja

Nein

keine Zahnstaffel

Ja

Nein

Krankentagegeld

ab _____. Tag --- Leistung: _____ €

ab _____. Tag --- Leistung: _____ €

ab _____. Tag --- Leistung: _____ €

Pfl egetagegeld

ab _____. Tag --- Leistung: _____ €

ab _____. Tag --- Leistung: _____ €

ab _____. Tag --- Leistung: _____ €

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

zusätzliche Absicherungen

KHT _____ € ----- für alle VP's gewünscht

Kurtag egeld _____ €

oder Kurkostenerstattung Ja

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