
Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

Eingang

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
 Mediziner/ Arzt

Bei Beamten siehe KV-Beihilfeformular!

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: