

Angebots-Anforderung Krankenversicherung

E m p f ä n g e r

GrafSchmidt & Team
 - Versicherungsmakler -
 Top-Tegel Haus A
 Berliner Str. 66

13507 Berlin
oder per Telefax: 030 – 414 727 27
oder Mail: info@grafschmidt.com

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bitte übersenden Sie mir kostenlos und unverbindlich folgenden **Krankenversicherungsvorschlag:**

persönliche Daten: bitte ankreuzen bzw. ergänzen

Sind Sie beihilfeberechtigt oder Soldat? Nein Ja = Beihilfevorschrift: Land: _____ Bund
 Beihilfesatz: _____% freie Heilfürsorge
 Anspruch auf stationäre Wahlleistungen? ja nein

Geburtsdatum:	<u>Gesundheitsfragen:</u>
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Sind Sie Brillen-/Kontaktlinsenträger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beruf:	fehlen Zähne die nicht ersetzt sind? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ *
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig	* bei ja bitte Anzahl angeben! Zahnersatz, älter als 5 Jahre? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____

Ich wünsche folgende Vertragsform: bitte ankreuzen

- Kranken-**Zusatzversicherung** (für gesetzlich pflichtversicherte)
 - ambulante Zusatzversicherung (z.B. Heil- u. Hilfsmittel wie Brillen, Massagen, Bäder, Heilpraktiker u.v.m.)
 - stationäre Zusatzversicherung (Ein-/ Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung)
 - Zahn-Zusatzversicherung inkl. Kieferorthopädie
 - Pflege-Zusatzversicherung
 - Tarif für Vorsorgeuntersuchungen
 - Krankenhaustagegeld, gewünschte Tagegeldhöhe: EUR _____
 - Krankentagegeld, gewünschte Tagegeldhöhe: EUR _____, gewünschte Karenzzeit: _____ Wochen
 - Kurtagegeld, gewünschte Tagegeldhöhe: EUR _____ **oder**

Kranken-**Vollversicherung** (für Selbständige, Beamte oder freiwillig gesetzlich versicherte):

Gewünschter Versicherungsumfang:	<p><u>Ambulant:</u></p> <input type="checkbox"/> bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ/GOZ* (2,3-facher Satz) <input type="checkbox"/> bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ* (3,5-facher Satz) <input type="checkbox"/> über die GOÄ/GOZ* hinaus (5,0-facher Satz u. Honorarvereinb.) <input type="checkbox"/> inkl. Heilpraktikerbehandlungen <input type="checkbox"/> Hohe Leistungen für Heil- u. Hilfsmittel (z.B. Brille)
(Mehrfachnennung möglich!)	<p><u>Zahnersatz:</u> <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70%-75% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% und mehr</p>
	<p><u>Stationär:</u> <input type="checkbox"/> Regelleistungen (Mehrbettzimmer, allgemeine Pflegeklasse) <input type="checkbox"/> Wahlleistungen (1-2 Bettzimmer mit Chefarztbehandlung)</p>
	<p><input type="checkbox"/> Basis-Versicherungsschutz analog der gesetzlichen Krankenversicherung</p>
	<p><input type="checkbox"/> Zusätzlich Krankenhaustagegeld und/oder Krankentagegeld w.o. angegeben!</p>

*: GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte / GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

Mit der Verwendung meiner Daten im oben genannten Umfang erkläre ich mich einverstanden.