



### Angebotsanforderung private Krankenzusatz- oder -vollversicherung

**Vor- und Zuname**

**Straße, Hausnummer**

**PLZ, Ort**

**Geburtsdatum**

**Geschlecht** weiblich männlich

**Nationalität**

**Familienstand** ledig verheiratet nicht eheliche Lebensgemeinschaft

**Telefon (tagsüber)**

**Beruf**

**Stellung** Selbstständige/r Angestellte/r Beamtin/Beamter  
Azubi Student/in sonstige

### Gewünschter Umfang im ambulanten Bereich

	wichtig	unentschieden	unwichtig
<b>Hilfsmittel</b> (z. B. Prothesen, Heimdialysegerät)			
<b>Sehhilfen</b>			
<b>Heilpraktiker</b>			
<b>Kur</b>			
<b>Zahnersatz</b> (mehr als 50 %)			
<b>Pflege</b> (zusätzlich zur Pflegepflichtversicherung)			
<b>Auslandsreise</b>			
<b>Krankentagegeld</b>		Euro nach	Wochen
<b>Sonstiges</b>			

### Gewünschter Umfang im stationären Bereich

	wichtig	unentschieden	unwichtig
<b>Chefarzt, Ein- oder Zweibett-Zimmer</b>			
<b>Leistungen über Höchstsätze der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)</b>			
<b>Krankenhaustagegeld</b>		Euro (wird pro Tag im Krankenhaus gezahlt)	
<b>Sonstiges</b>			