

Angebotsanforderung - Krankenvollversicherung Gutschein für die Ermittlung der optimalen Krankenvollversicherung

Zurücksenden an: Leisentritt & Söhne, Finanz - Versicherungsmakler, Sander Str. 18 - 20,
D - 97475 Zeil a. Main. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie uns diesen per Fax + 49
(0) 9524 82082-50, per E-Mail info@Leisentritt.com oder rufen Sie uns an Tel **+49 (0) 9524 82082-0**.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir detaillierte Fragen stellen. Nur so können wir das optimale Angebot für Sie ermitteln!

1. Antragsteller weiblich männlich, Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Tel. Priv./Geschäft _____ / _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Status (Ang./Selbst.../Student etc.)

Arbeitnehmer	Selbstständig	Beamter	Sonstige Bezeichnung
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein	_____

Kinder
 ja Anzahl _____
 nein

Nur bei Arbeitnehmer Brutto Jahreseinkommen über 64350,- Euro

ja
 nein

Gewünschte Selbstbeteiligung

ohne SB
 bis 300,- SB
 bis 600,- SB
 bis 1000,- SB

Krankenhaus (stationär)
 Einbettzimmer
 Zweibettzimmer
 Mehrbettzimmer

Krankenhaustagegeld

ja Höhe _____ Euro, ab welchen Tag _____
 nein

(Verdienstaussfall) Krankentagegeld

ja Höhe _____ Euro, ab welchen Tag _____
 nein

Zahnleistungen

100 % Behandlung - 50 % Zahnersatz
 70 % Zahnersatz
 80 % Zahnersatz

Mit Kieferorthopädie

- ja
- nein

Heilpraktiker - Behandlung

- ja
- nein

Optionsrecht auf höherer Absicherung, ohne erneute Gesundheitsprüfung

- ja
- nein

Kindernachversicherung ohne Gesundheitsprüfung ab Geburt

- ja
- nein

Vorerkrankungen- Allergien/ Krankenhausaufenthalte der letzten 10 Jahre, wann? von-bis, Diagnose:

Vorversicherer

- ja bei welcher Gesellschaft _____
- nein

Motiv für einen Wechsel der Versicherung

- Beitragssparnis
- höherer Versicherungsschutz im Krankheitsfall

sonstiges _____

Priorität

möglichst preisgünstig

- ja
- nein

möglichst leistungsstark

- ja
- nein

Ich bin damit einverstanden, dass aufgrund meiner Angaben die optimale Krankenvollversicherung ermittelt wird.

Ort, Datum

Unterschrift