

ANGEBOTSANFORDERUNG Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie uns diesen per Fax 09524 82082-50, per Email info@Leisentrtritt.com oder rufen Sie uns an **Tel. 09524 82082-0.**

Wir erstellen Ihnen dann gerne unverbindlich ein konkretes Angebot.

Hiermit beauftrage ich / wir Leisentrtritt & Söhne, Finanz – Versicherungsmakler für mich / uns

Ein unverbindliches Angebot zur Absicherung einer **Krankenvollversicherung** zu erstellen.

Name Vorname.....

Straße / PLZ / Ort.....

Tel.....email.....

weiblich	männlich	verheiratet	Sonstige Bezeichnung
ja	ja	ja	
nein	nein	nein

Geburtsdatum..... Beruf.....

Arbeitnehmer	Selbstständig	Beamter	Sonstige Bezeichnung
ja	ja	ja	
nein	nein	nein

Kinder
ja Anzahl.....
nein

Jahreseinkommen bis 49500,- 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

(Verdienstausfall) 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 höhere Absicherung, ohne erneute Gesundheitsprüfung

Ja
nein

Kindernachversicherung ohne Gesundheitsprüfung ab Geburt

ja
nein

Vorerkrankung/en.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vorversicherer

ja bei welcher Gesellschaft.....
nein

Motiv für einen Wechsel der Versicherung

Beitragsersparnis
höherer Versicherungsschutz im Krankheitsfall

sonstiges.....

Priorität

möglichst preisgünstig

ja
nein

möglichst leistungsstark

ja
nein