

# Aktion: Private Krankenversicherung

Für Ihr persönliches **ANGEBOT** füllen Sie bitte dieses Formular aus.

|                         |  |                |          |
|-------------------------|--|----------------|----------|
| Name:                   | .....  | Vorname:       | .....    |
| Adresse:                | .....  |                |          |
| E-Mail:                 | .....  |                |          |
| Telefon:                | .....  | Fax:           | .....    |
| Geb.-Datum:             | .....  | weiblich       | männlich |
| Vorversicherung:        | privat    gesetzlich   | Kasse:         | .....    |
| Leistungsumfang PKV:    | <input type="checkbox"/> Ein-/Zweibettzimmer / Chefarzt  | Tagesgeldhöhe: | .....    |
| Vorerkrankungen:        | .....  |                |          |
| Familienstand:          | ledig    verheiratet    eheähnlich    verwitwet  |                |          |
| 1. Kind:                | Geb.-Datum .....   | weiblich       | männlich |
| 2. Kind:                | Geb.-Datum .....   | weiblich       | männlich |
| 3. Kind:                | Geb.-Datum .....   | weiblich       | männlich |
| 4. Kind:                | Geb.-Datum .....   | weiblich       | männlich |
| Tätigkeit / Beruf:      | .....  |                |          |
| Status:                 | angestellt    nicht erwerbstätig    verbeamtet   |                |          |
|                         | selbständig, seit .....  |                |          |
| Tätigkeit des Partners: | .....  |                |          |
| Status:                 | angestellt    nicht erwerbstätig    verbeamtet   |                |          |
|                         | selbständig, seit .....  |                |          |
| Leistungsumfang:        | <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung .....   | Euro/Jahr      |          |
|                         | <input type="checkbox"/> Krankentagegeld ab dem .....  | Tag/ .....     | Euro     |
|                         | <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer |                |          |
| Persönliche Beratung:   | Ihr Wunschtermin am .....  | um .....       | Uhr      |