

BERATUNGS - GRUNDLAGE Krankenversicherung

Anschrift

PLZ / Ort _____ Straße _____
Tel.-Nr. Privat _____ Tel. Nr. Büro _____
E-Mail: _____@_____

Angaben zur	Person	Partner	1. Kind	2. Kind
Nachname	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
Beruf (Ang./Selbst)	_____	_____	_____	_____
Krankenversichert bei	_____	_____	_____	_____

Ambulante Heilbehandlung. Welche Erstattung wünschen Sie bei ambulanter Behandlung?

	Kunde	Partner	1. Kind	2. Kind
100 % ohne Selbstbehalt	_____	_____	_____	_____
100 % mit jährlichem Selbstbehalt bis _____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Prozentuale Erstattung (z.B. mit 80 % - 90 %) mit dem v. Computer mathematisch ermittelten günstigen Selbstbehalt (optimaler SB)	_____	_____	_____	_____

Stationäre Heilbehandlung. Welche Erstattung wünschen Sie bei einem stationären Krankenhausaufenthalt?

100 % im 1-Bettzimmer mit Chefarztbehandlung	_____	_____	_____	_____
100 % im 2-Bettzimmer mit Chefarztbehandlung	_____	_____	_____	_____
100 % im Mehrbettzimmer ohne Chefarztbehandlung	_____	_____	_____	_____

Zahnärztliche Heilbehandlung. Welche Erstattung wünschen Sie bei Zahnarzt-Behandlungen?

Maximale Erstattung (ca. 80 - 90 %)	_____	_____	_____	_____
Hohe Erstattung (ca. 50 % - 80 %)	_____	_____	_____	_____

Krankenhaus-Tagegeld. Welcher €-Betrag soll bei einem stationären Krankenhausaufenthalt pro Tag gezahlt werden?

Ab dem 1. Tag pro Tag _____

Krankengeld ab dem wievielten Tag und in welcher Höhe soll bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld gezahlt werden?

Ab dem _____ Tag pro Tag _____ € _____ € (nur f. Selbständige: 8/15/22/29.Tag)

Vorerkrankungen/Befunde:

- Ja, bitte senden Sie mir weitere Beratungsgrundlagen zu, da sich auch Bekannte, Freunde und Kollegen kostenlos über private Krankenversicherungen informieren wollen.

Betreffendes bitte eintragen / markieren. Beratungsgrundlage bitte vollständig ausgefüllt an die mosaik zurücksenden.