

Per Mail an: angebot@versicherungsmakler.ac

Versicherungsmakler:

Jan Pohl (0030-1000)

Jan Pohl
Versicherungsmakler
Fachwirt für Finanzberatung (IHK)

Mobil: 0178 - 526 76 45
Tel.: (02 41) 97 90 46 44

Kaiser-Friedrich-Allee 18
52074 Aachen

pohl@versicherungsmakler.ac
www.versicherungsmakler.ac

www.vermittlerregister.info
Versicherungen Nr.: D-6LQ8-VHMG3-85
Finanzanlagen Nr.: D-F-101-78QH-31
Immobilendarlehen Nr.: D-W-101-IWTA-82



Angebotsanforderung KrankenVOLLversicherung

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname* _____
Straße, Hausnummer* _____
PLZ, Ort* _____
Geburtsdatum* _____
Berufsstatus*: angestellt selbstständig freiberuflich
 Mediziner/ Arzt

Versicherungsbeginn _____

Geschlecht* männlich weiblich
Familienstand _____
Beruf* _____
Bei Beamten siehe KV-Beihilfeformular!

Versicherte Person (falls nicht VN)

m* w*

Geburtsdatum*

Beruf*

VP 1 Name, Vorname* _____	_____	_____
VP 2 Name, Vorname* _____	_____	_____
VP 3 Name, Vorname* _____	_____	_____
VP 4 Name, Vorname* _____	_____	_____

Gewünschte Absicherung

Ambulanter Tarifbereich

Selbstbeteiligung: ja, Höhe max. _____ € Nein
 prozentual _____ %

Beitragsentlastungstarif gewünscht _____ €

Primärarzt/ Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erstattung über GOÄ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

----- Logo-, Ergo- und Psychotherapie sind standardmäßig berücksichtigt, da GKV-Niveau! ausdrücklich nicht gewünscht

Stationärer Tarifbereich

1 Bettzimmer / Chefarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nur bei Unfall
2 Bettzimmer / Chefarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nur bei Unfall
nur Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Erstattung über GOÄ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Dentaler Tarifbereich

min. Zahnersatz/ ZB/ KFO	<input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> >75%	<input type="checkbox"/> >85%
Erstattung über GOZ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Implantate umfangreich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
keine Zahnstaffel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Krankentagegeld

ab ____ . Tag --- Leistung: _____ €
ab ____ . Tag --- Leistung: _____ €
ab ____ . Tag --- Leistung: _____ €

Pfl egetagegeld

ab ____ . Tag --- Leistung: _____ €
ab ____ . Tag --- Leistung: _____ €
ab ____ . Tag --- Leistung: _____ €

Info: gesetzliche Leistung bei Pflegestufe III = 1550 € - Härtefall 1918 € - Kosten für Pflegeheim im Schnitt ca. 3200 € Stand 2016

zusätzliche Absicherungen

KHT _____ € ----- für alle VP's gewünscht
Kurtagegeld _____ €
oder Kurkostenerstattung Ja

zusätzliche Bemerkungen / Wünsche / gezielter Gesellschafts- als auch Tarifwunsch: