

## 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](mailto: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 60750,- 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 \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift