



1. Persönliche Angaben

Zu versichernde Person

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

2. Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine **private Krankenversicherung**?

☐

nein

☐

ja, beim Versicherer:

unter der Vertragsnummer:

gekündigt vom:

☐

Versicherungsnehmer zum:

☐

Versicherer zum:

Selbstbeteiligung:

☐

nein

☐

bis 400 €

☐

bis 1.000 €

☐

bis 2.500 €

Krankentagegeld erwünscht:

☐

nein

☐

ja, und zwar

_____ € nach

_____ Wochen

Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit:

☐

nein

☐

ja

Pflegezusatzversicherung erwünscht:

☐

nein

☐

ja

3. Gewünschte Leistungen

Im Krankenhaus:

1- bzw. 2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Mehrbettzimmer ohne Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
GOÄ-Begrenzung auf Höchstsatz Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

In der Sprechstunde:

Direkte Facharztkonsultation (kein Hausarztprinzip)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erstattung von Hilfs- und Heilmitteln	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erstattung von Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erstattung von Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erstattung von Heilpraktikerleistungen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Vorsorge auch über gesetzliche Programme	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
GOÄ-Begrenzung auf Höchstsatz Sprechstunde	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kurtagegeld erwünscht	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Auslandsreisekrankenversicherung (Urlaubsreisen) erwünscht	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Beim Zahnarzt:

Zahnbehandlungen zu 100 % (ersatzweise 75 %)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Zahnersatz mindestens 75 %	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kieferorthopäde mindestens 75 %	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Inlays und Implantate erstattungsfähig	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
GOZ-Begrenzung auf Höchstsatz Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für die Erstellung eines Angebotes durch die pact Finanz AG gespeichert und an ausgewählte Versicherer weitergegeben werden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------