

Vorname

Nachname

Datum

**Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten.**

Ich bin privat krankenversichert

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung

GKV pflichtversichert

GKV familienversichert

GKV freiwillig versichert

Name der privaten bzw. gesetzlichen  
Krankenversicherung

**Folgende Leistung ist mir besonders wichtig:**

	Ja	Nein
Zuschuss für Brillen und Kontaktlinsen		
Reduzierung der Eigenbeteiligung bei Zahnersatz		
Leistungen für die professionelle Zahnreinigung		
Frei Wahl des Krankenhauses und des behandelnden Arztes		
Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer		
Krankenhaustagegeld z.B. zum Ausgleich der "Extrakosten"		
100 % Nettoeinkommen bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall		
Lebenslanges Pflegetagegeld um den Fall der Pflegebedürftigkeit		
Kur-Tagegeld gegen Eigenbeteiligung und "Extrakosten"		

**Weitere Anmerkungen**

Meine Kontaktdaten