

Angebotsanforderung für eine private Krankenvollversicherung

**Robert Bosch
Risk and Insurance
Management GmbH**
Postfach 16 33
39006 Magdeburg

Diesen Antwort-Coupon bitte ausfüllen und per E-Mail an my.insurance@de.bosch.com per Fax an +49 (0)711 811 511 44088 oder per Post zurück senden.

Bitte beachten Sie, dass ab einem Alter von 45 Jahren der Abschluss einer privaten Krankenvollversicherung nicht mehr zu empfehlen ist, da nur noch bis zum 60. Lebensjahr gesetzlich vorgeschriebene Altersrückstellungen angesammelt werden können.

Angaben zur eigenen Person

Name			
Vorname			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartner
Straße/Hausnummer			
PLZ/Ort			
Telefon, tagsüber			
E-Mail			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbständig		
Ausgeübter Beruf			
Berufliche Qualifikation			
Versicherung für Partner- oder Familienangehörige gewünscht?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Jahresbruttogehalt ohne Tantieme/Bonus	_____		Anzahl der Gehälter
Jahresnettogehalt ohne Tantieme/Bonus	_____		

Angaben zum Ehepartner/Partner (Fortsetzung)

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
Jahresbruttogehalt ohne Tantieme/Bonus	_____	Anzahl der Gehälter
Jahresnettogehalt ohne Tantieme/Bonus	_____	

Angaben zu den Kindern

Kind 1

Name			
Vorname			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	

Kind 2

Name			
Vorname			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	

Kind 3

Name			
Vorname			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	

Kind 4

Name			
Vorname			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	

Angaben zum Ehepartner/Partner

Name			
Vorname			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Ausgeübter Beruf			
Berufliche Qualifikation			

Ihrer bisherige Krankenversicherung

versichert bei _____

versichert dort, von _____ bis _____

Ambulante Versorgung

	sehr wichtig	egal
Zahnbehandlungen- und Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille- und Augenlaser-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker/alternative Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Wünsche/Leistungsanforderungen		

Zusätzliches Pflegezeitgeld

Die Leistungen der gesetzlichen/privaten Pflegepflicht-Versicherung reichen in den meisten Fällen nicht aus, die entstehenden Kosten im Pflegefall zu begleichen. Eine zusätzliche Pflegezeitgeldabsicherung stellt eine sinnvolle Ergänzung dar und kann derzeit steuerlich geltend gemacht werden

	sehr wichtig	egal
Pflegezeitgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bis zu max. Höhe (in 10-EUR-Schritten): € _____ x 30 Tage

Krankentagegeld

Nach Ende der Lohnfortzahlung (in der Regel nach 6 Wochen/42 Tagen) durch den Arbeitgeber entfällt der anteilige Arbeitgeberzuschuss zu den Sozialversicherungsbeiträgen (Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung). Damit Sie Ihre Ansprüche gegenüber den jeweiligen Sozialversicherungszweigen auf Grund von Beitragslücken nicht verlieren, müssen Sie im Krankengeldbezug diese Beiträge selbst bezahlen.

Berechnungsformel:

80 % Jahresbruttogehalt : 12 Monate : 30 Tage = Krankentagegeld-Bedarf

ab dem

43. Tag 182. Tag

andere _____

Stationäre Versorgung

	sehr wichtig	egal
1-Bett-Zimmer/Chefarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Bett-Zimmer/Chefarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstbeteiligungen

Tarife mit Selbstbeteiligungen können die mtl. Beiträge der privaten Krankenversicherung reduzieren.

Tarifangebot mit Selbstbeteiligung gewünscht? Ja Nein

bis zu welcher max. Höhe _____ €

vorhandene Erkrankungen/Allergien/gesundheitliche Einschränkungen

Ich interessiere mich für Neuerungen und Angebote und möchte deshalb den Newsletter von Bosch My Insurance erhalten.