**Anfrage zu einem Tarifwechsel**

**Persönliche Angaben**

**Herr** [ ]  **Frau** [ ]

Name:

Straße/Hausnummer:

PLZ: Ort:

E-Mail:

Alter: Jahre

Beruf:

**Aktueller Versicherungsumfang**

Versicherungsgesellschaft:

Jetziger Monatsbeitrag: € seit

Letzte Beitragserhöhung:

Tarif:

Erstattungssatz in %:

Jährl. Selbstbeteiligung: ja [ ]  nein [ ]  wenn ja, wie hoch: €

Unterbringung im Krankenhaus:

Einbettzimmer [ ]

Zweibettzimmer [ ]

Mehrbettzimmer [ ]

Freie Arztwahl einschl. Chefarztbehandlung: ja [ ]  nein [ ]

Primärarztmodell: ja [ ]  nein [ ]

Erstattung Zahnbehandlung/Zahnersatz in %:

Heilpraktiker: ja [ ]  nein [ ]

Begrenzung der Gebührenordnung: ja [ ]  nein [ ]

Letzte Vertragsänderung: