

Anfrageformular Pflegeversicherung

Angebot wird benötigt bis _____

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus! Lassen dabei bitte auch keine vermeintlich unwichtigen Angaben weg, da ansonsten kein Angebot berechnet bzw. keine Risikovorabfrage gestellt werden kann! Danke!

Angaben zum Vermittler /zur Vermittlerin

Ansprechpartner/in _____ Invers-Partnernr. _____

Kontakt _____

Angaben zur versicherten Person

Anrede _____ Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Raucherstatus Nichtraucher Raucher

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____ Anzahl Kinder _____ Familienstand _____ jährliches Einkommen (Brutto) _____

Angaben zur beruflichen Tätigkeit

- AN / Angestellte/r Selbständige/r Assistenzarzt/-ärztin Arzt/Ärztin angestellt Zahnarzt/-ärztin angestellt
 Azubi / Student/in Freiberufler/in Arzt/Ärztin in Ausbildung Arzt/Ärztin freiberuflich Zahnarzt/-ärztin freiberuflich
 nicht berufstätig Ehegatte ohne PPV Kind

Angaben zum Versicherungsschutz

Versicherungsbeginn _____

Pflege tagegeld (Vorgabewert: Taggeld im PG 5 x 30, prozentual abgestuft)

	ambulant	stationär	
Pflegegrad 5	_____	_____	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung ab PG 3
Pflegegrad 4	_____	_____	<input type="checkbox"/> mit Altersrückstellung
Pflegegrad 3	_____	_____	
Pflegegrad 2	_____	_____	
Pflegegrad 1	_____	_____	

Pflegekosten Einstufung nach ADL
 Beitragsbefreiung ab PG ...
 Leistung bei Pflege durch Angehörige / Laien
 Leistung für Unterkunft und Verpflegung

Pflege-Bahr

Zahlweise monatlich 1/4-jährlich
 1/2-jährlich jährlich

Pflege rente (Vorgabewert: Rente im PG 5, prozentual abgestuft)

	amb.+stat.		
Pflegegrad 5	_____ 100 %	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung ab PG 2	
Pflegegrad 4	_____ 80 %	<input type="checkbox"/> Sofortleistung	
Pflegegrad 3	_____ 50 %	Pflegereuten <input type="checkbox"/> 0 Monate	
Pflegegrad 2	_____ 30 %	-garantiezeit <input type="checkbox"/> 6 Monate	
Pflegegrad 1	_____ 20 %	(nur Ideal) <input type="checkbox"/> 12 Monate	

Beitragszahldauer lebenslang bis Alter _____
(zusätzlicher) Einmalbeitrag _____
Leistungsdynamik _____ Beitragsdynamik _____

Ergänzungen zur Anfrage (z.B. abweichender VN + Geb.datum, gewünschte Gesellschaften...)

Es folgen weitere Angaben auf _____ Folgeseiten. Bitte eine Risikovorabfrage halten.



Abteilung Leben

Tel.: 0341/ 52 56 111

Fax: 0341/ 52 56 101

Mail: leben@invers-gruppe.de

Abteilung Krankenversicherung

Tel.: 0341/ 52 56 350

Fax: 0341/ 52 56 302

Mail: kv@invers-gruppe.de

Version 01-2026