

# Schnellrechner Krankentagegeld

m  w   
 Titel, Vorname, Nachname Geschlecht Geburtsdatum  
 Identisch mit Antragssteller/Beitretendem

## Beitragsrechner

ausgeübter Beruf

Arbeitnehmer

Freiberufler

Selbstständiger

seit

versicherbarer Personenkreis

Mitgliedschaft Kammer/Berufsverband/  
GKV-Kooperation/Firmengeschäft

nein  ja

eigene Kanzlei/Praxis/Geschäft

seit

Kammer/Berufsverband

GKV-Kooperation

Firmengeschäft

Tarif

Leistungsbeginne  
ab Tag

4	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

gewünschtes  
Krankentagegeld

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Leistungsbeginne  
ab Tag

85	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	106	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>	169	<input type="checkbox"/>	183	<input type="checkbox"/>	274	<input type="checkbox"/>	365	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

gewünschtes  
Krankentagegeld

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Leistungsbeginn ab Tag

KT Höhe

Beitrag

Leistungsbeginn ab Tag

KT Höhe

Beitrag

Leistungsbeginn ab Tag

KT Höhe

Beitrag

monatlicher  
Gesamtbeitrag