

Angebotsanforderung

- Private Krankenvollversicherung
 Private Krankenzusatzversicherung

1.) Angaben zum Vermittler

Vermittler: _____ Datum: _____
E-Mail: _____ Vermittler-Nr.: _____

2.) Persönliche Daten des Versicherungsnehmers

Name, Vorname: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Straße, Hausnummer: _____ Telefon privat: _____
PLZ, Ort: _____ Telefon dienstl.: _____
E-Mail: _____ Mobil: _____

3.) Analysedaten zur Angebotsermittlung

1. Geburtsdatum: _____
2. Genaue Berufsbezeichnung/Branche: _____
 Arbeitnehmer/-in Selbständige/-r seit: _____
 Freiberufler Student
 Arzt (Humanmediziner/Zahnarzt) nicht erwerbstätig
 Beamtenanwärter/-in/Beamter/Beamtin bei Bund Land _____
3. Staatsangehörigkeit: deutsch andere, in Deutschland seit: _____

4. Ihr Einkommen (Netto) beträgt: _____ Euro
Notwendiges Tagesgeld: _____ Euro
Ihr Einkommen (Brutto) beträgt: _____ Euro

5. Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet in Partnerschaft
6. Wie sind sie momentan versichert? privat gesetzlich nicht versichert, seit _____

bei Versicherer bzw. Kasse: _____
dort versichert seit: _____ momentaner Beitrag: _____ Euro
momentane Tarife: _____
privat zusatzversichert (falls GKV) bei: _____
Höhe Krankentagegeld: _____ Euro
gekündigt: ja, von wem? _____ nein

7. Ehepartner: → Bitte Zusatzblatt Ehepartner ausfüllen.

8. Kinder: Anzahl: _____ → Bitte Zusatzblatt Kinder ausfüllen.

4.) Versicherungsbeginn: _____

5.) Leistungswünsche

1. Ambulant
Selbstbeteiligung bis 300,- € bis 600,- € bis 1.200,- € bis _____ Euro
Primärarzttarif ja nein

2. Stationär
KH-Aufenthalt Mehrbett 1-Bett/Chefarzt 2-Bett/Chefarzt Privatarztbehandlung
Krankenhaustagegeld ja, Höhe _____ Euro nein

3. Zahn/Zahnersatz
Erstattung hoch bis 80 % und mehr mittel bis 70 % niedrig bis 60 %

4. Erstattung Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
 bis Höchstsatz über Höchstsatz

6.) Zusatzwünsche

1. Pflegezusatzversicherung:

- Pflegetagegeld: _____ Euro in Pflegestufe III oder Pflegekosten: _____ Euro
- Leistung ab PS I Leistung ab PS II Leistung ab PS III

2. Erstattung Psychotherapie ja nein

3. Kurleistungen ja nein

4. Alternative Heilmethoden/Heilpraktiker ja nein

5. Krankentagegeld ab _____ Tag _____ Euro

7.) Sonstiges

Was darf die KV max. kosten? _____ Euro

8.) Gesundheitsfragen

	Versicherungsnehmer
1. Körpergröße und Gewicht	_____ cm _____ kg
2. Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren* Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten (auch chronische), Körperschäden, Anomalien körperlicher Art und/oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z.B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden bzw. haben ambulante Behandlungen/Untersuchungen/Therapien stattgefunden, oder sind solche geplant oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
3. Haben in den letzten 5 Jahren* stationäre Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen (z. B. Krankenhaus, Reha- und Kurkliniken oder Sanatorien) stattgefunden oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
4. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ Woche
5. Wurde in den letzten 5 Jahren* eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn ja, mit wieviel Dioptrien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja links _____ dpt rechts _____ dpt
8. Besteht eine Sterilität oder Infertilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Besteht und/oder bestanden behördlich anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Dienstunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Schwerbeschädigung oder Pflegebedürftigkeit? Wenn ja, bitte Feststellungsbescheide bzw. Versorgungsbescheide mit der Bezeichnung der Behinderung und dem Grad der Behinderung beifügen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Werden regelmäßig Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) eingenommen, bzw. Drogen oder Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids festgestellt oder steht noch ein Testergebnis aus (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Haben Sie fehlende Zähne (ohne Weisheits-zähne), die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____
13. Besteht Zahnersatz (ersetzte und überkronte)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl ers. _____ überkr. _____
15. Werden derzeit Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Maßnahmen, Behandlungen wegen Zahnbetterkrankung (Parodontose), Zahnfehlstellung oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____

*Frage 2,3 und 4 → hier gibt es unterschiedliche Abfragezeiträume in den KV-Anträgen der Gesellschaften

9.) Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen

zu Frage: _____

zu Frage: _____

Sollten eventuell Unterlagen bezüglich der Erkrankungen (z. B. aktuelle Atteste, KH-Berichte, ect.) vorhanden sein, so ist es für die Risikoprüfung von Vorteil. Bitte fügen Sie diese Unterlagen bei.

Bemerkungen

Die Angebote gelten vorbehaltlich einer kompletten Gesundheits- und Antragsprüfung durch die jeweiligen Gesellschaften.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben auf diesem Formular zur Bearbeitung und Speicherung an die 1:1 Assekuranzservice AG, Augsburg, und an die bei der Angebotsübergabe genannte Krankenversicherungsgesellschaften, insbesondere die eke finance GmbH, Lübecker Straße 1, 22087 Hamburg, weitergegeben werden. Die Daten werden zur Angebotserstellung und gesundheitlichen Annahmeprüfung verwendet. Ich bin mir bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen und meine gespeicherten Daten löschen lassen kann.

Mir ist klar, dass meine Angaben freiwillig sind, jedoch jede verschwiegene oder unzutreffende Information zu einer falschen Risikoeinschätzung der Krankenversicherungsgesellschaften führen kann.

Ein hierauf basierender Antrag könnte dann zu einer abweichenden Annahme bzw. Ablehnung führen und verletzt die vorvertragliche Anzeigepflicht. Die Risikoeinschätzung ist vorbehaltlich einer Antrags- und Annahmeprüfung.

- Ich stimme einer Prüfung meiner Bonität durch eine unabhängige Stelle wie z. B. der Schufa Holding AG zu. Hierzu werden meine Angaben auf diesem Formular an die jeweilige Stelle weitergegeben. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich nicht über das Ergebnis der Bonitätsprüfung im Detail informiert werde. Die Bonitätsprüfung wird lediglich zu Zwecken der Vertragsanbahnung erhoben.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift Kunde