

Anfragebogen zur Angebotserstellung einer Krankenversicherung

Anfrage von Vermittler-Nr.: _____ Vertriebspartner: _____
Rückfax: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____

Angaben zur versicherten Person:

ledig: verheiratet: W M Größe _____ cm Gewicht _____ kg
Name: _____ geboren am _____
Vorname: _____ Straße: _____
Staatsbürgerschaft: _____ PLZ: _____
Anzahl der zu versorgenden Kinder: _____
angestellt: selbständig: monatliches Bruttoeinkommen: _____ €

Ehegattenarbeitsvertrag: genaue berufliche Tätigkeit: _____
Existenzgründer: _____
Handwerker: Beihilfeberechtigter zu _____ %
Freiberufler: Beihilfeträger: _____
GmbH Geschäftsführer Schüler:
GmbH Gesellschafter: Student
Rentner/Vorruhestand: Arzt/Apotheker: _____
Branche _____

Persönliche Angaben:

GKV Kassenmitglied: Name der Krankenkasse: _____
privat krankenversichert: (bitte Kopie der Police/Beitragsrechnung beifügen)

gewünschter Versicherungsschutz ab: _____ maximale Selbstbeteiligung: _____ €

Ambulant: <input type="checkbox"/>	Krankenhausleistung: <input type="checkbox"/>	Pflegepflicht: <input type="checkbox"/>
Heilpraktiker: <input type="checkbox"/>	Einbettzimmer privat: <input type="checkbox"/>	Lohnfortzahlung (KT)
Krankenhaustagegeld: <input type="checkbox"/> _____ €	Zweibettzimmer privat: <input type="checkbox"/>	ab _____ Tag: _____ €
Vers.schutz Kuren: <input type="checkbox"/>	Mehrbettzimmer privat: <input type="checkbox"/>	ab _____ Tag: _____ €
Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/>	Zweibettzimmer kassenärztl.: <input type="checkbox"/>	ab _____ Tag: _____ €
psychologische Beratung: <input type="checkbox"/>	Chefarztbehandlung: <input type="checkbox"/>	ab _____ Tag: _____ €

Ambulanter Bereich

Welche ambulanten Beschwerden bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren ? (ICD-Code)

Werden Arzneimittel eingenommen? Nein Ja, welche: _____

Stationärer Bereich:

Gab es in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte? Nein Ja, Diagnose: _____

Zahnmedizinischer Bereich:

Anzahl der fehlenden Zähne (ohne Lückenschluss/Weisheitszähne) _____

Ist Zahnersatz geplant oder angeraten? Ja Nein

Brillenträger Ja Nein Brillenstärke: _____