

Interessentenbogen 1/4

Angaben zur Beratung

Name Berater		Vorname Berater	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Beratung am		Beratung um	

Beratung erfolgte	<input type="checkbox"/> vor Ort beim Kunden	<input type="checkbox"/> vor Ort beim Berater	<input type="checkbox"/> telefonisch
Weitere Teilnehmer			

Lead erhalten		Erreichbarkeit	
1. Kontakt		2. Kontakt	

Hinweise & Notizen:

Angaben zum Kunden

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Telefon privat		Telefon dienstlich	
Fax privat		Fax dienstlich	
Mobiltelefon		E-Mail	

Interessentenbogen 2/4

Analysedaten

Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch	sonstige:	in Deutschland seit:
Beruf/Branche			
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Beamter
	seit:		<input type="checkbox"/> Bund
	Bonität: <input type="checkbox"/> okay	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> Land:
Einkommen	€	<input type="checkbox"/> netto	<input type="checkbox"/> brutto
Hobbies			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet

Partner (verheiratet)

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versichert bei	(Gesellschaft)	<input type="checkbox"/> pflichtvers.	<input type="checkbox"/> freiwillig vers. <input type="checkbox"/> privatvers.

Kinder

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
Geburtsdatum				

Aktueller Versicherungsstatus

Gesetzlich versichert

Krankenkasse		Dort versichert seit	
Derzeitiger Beitrag	€		

Nicht versichert

Seit wann		Letzter Versicherer	
-----------	--	---------------------	--

Privat versichert

Gesellschaft		Dort versichert seit	
Derzeitiger Beitrag	€	Derzeitige Tarife	
Selbstbeteiligung	€	Krankentagegeld	€ Tag

Interessentenbogen 3/4

Gesundheitsfragen

Ihr Gesundheitsstatus ist eines der maßgeblichen Kriterien für die Wahl des Tarifs und den Beitrag, deshalb benötige ich hierzu noch einige Angaben:

	1. Person		2. Person		3. Person	
Name						
1. Nennen Sie mir bitte Ihre Körpergröße und Gewicht	cm	kg	cm	kg	cm	kg
2. Haben Sie momentan oder hatten Sie innerhalb der letzten 3 Jahre irgendwelche erwähnenswerten Krankheiten wie z.B. <input type="checkbox"/> Allergien/Heuschupfen <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden Immer abfragen: wann, wieso, wie lange, weshalb, warum u. welche Medikamenten, welche Dosierung etc. – je genauer die Angaben sind, desto exakter kann der RZ bestimmt werden!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen	
4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in einer psychotherapeutischen Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
5. Benötigen Sie eine Sehhilfe? Wenn ja, mit wie viel Dioptrien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li. re.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li. re.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li. re.	
6. Besteht eine Sterilität oder Infertilität?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7. Besteht eine anerkannte Behinderung? Wenn ja, welcher Grad der Behinderung liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	%	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	%	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	%
8. Haben Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel, Drogen oder Alkohol eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
10. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Woche		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Woche		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Woche	
11. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation noch ausstehend, angedacht oder geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
12. Haben Sie Zahnlücken (ohne Weisheitszähne)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl	
13. Besteht eine Zahnbetterkrankung oder eine Zahnfehlstellung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
14. a) Wie viele Zähne wurden ersetzt oder überkront? b) Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?	ers. überkr. Monat/Jahr		ers. überkr. Monat/Jahr		ers. überkr. Monat/Jahr	

Interessentenbogen 4/4

Leistungswünsche

1. Möchten Sie 1-, 2-, oder Mehrbettzimmer im Krankenhaus absichern?	<input type="checkbox"/> 1 Bett	<input type="checkbox"/> 2 Bett	<input type="checkbox"/> Mehrbett
2. Sind Ihnen alternative Heilmethoden (also Heilpraktiker, Naturmedizin) wichtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> nein
3. Wie hoch darf die jährliche Selbstbeteiligung maximal sein?	€		
4. Soll die Erstattung für Zahnersatz im niedrigen, mittleren oder hohen Bereich liegen?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> hoch
5. Krankentagegeld zur sozialen Absicherung, ab wann und in welcher Höhe?	Tag	€	
6. Wo liegt Ihr Primärinteresse – Leistung zu verbessern oder Beiträge zu sparen?	<input type="checkbox"/> Leistung verbessern		<input type="checkbox"/> Beiträge sparen
7. Wie sie wissen, vergleichen wir den gesamten Markt. Gibt es, aus welchen Gründen auch immer, Gesellschaften, die wir von vorneherein nicht mit in den Vergleich aufnehmen sollen? Oder liegen Ihnen bereits Angebote vor?			
8. Wie viel darf Ihr optimaler Schutz maximal kosten?	€		

Beitragsbefreiung im Alter

Herr/Frau Kunde, die meisten unserer Kunden sprechen uns immer wieder auf die Möglichkeit der Beitragsfreistellung ihrer Krankenversicherung im Alter an. Wie wichtig ist es Ihnen, im Alter keine Beiträge mehr für Ihre Krankenversicherung mehr bezahlen zu müssen? Die Leistung bleibt hierbei selbstverständlich unverändert!

- sehr wichtig
 weniger wichtig
 unwichtig
 unentschlossen

Gesprächsnotizen/Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen/explicite Kundenwünsche
