

# Achtung: Bitte vor dem Schließen unbedingt auf Ihrem PC abspeichern!

Name,Vorname  Telefon   
Anschrift  Mail

## familiäre Situation

Raucher

Familienstand  ledig  verheiratet  zusammenlebend  geschieden  verwitwet

Zahl der Kinder für die es noch Kindergeld gibt  Name ud Geb.Datum

Name ud Geb. Datum  Name ud Geb.Datum

## Beruf

angestellt Privatwirtschaft  angestellt ÖD  Selbstständig  Freiberufler  Beamter

arbeitslos Arbeitszeit:  Vollzeit  Teilzeit Wochenstunden   400 Euro

Azubi  Student  Schüler

Tätigkeit  Arbeitgeber

Derzeitige Krankenkasse:

Status:  Pflichtversichert  freiwilliges Mitglied

Ist Ihre Partnerin/Partner bei Ihnen beitragsfrei familienversichert?  ja  selbst versichert

Wo sind die Kinder versichert?  beim Kunden  beim Parter Kasse

## Beruf Partner

angestellt Privatwirtschaft  angestellt ÖD  Selbstständig  Freiberufler  Beamter

arbeitslos Arbeitszeit:  Vollzeit  Teilzeit Wochenstunden   400 Euro

Azubi  Student  Schüler

Sie wohnen  zur Miete  ETW  eigenes Haus

weitere Anmerkungen

Wie kann ich Ihnen helfen?  allg. Informationen  Sonstiges  konkrete Angebote

Wodurch sind Sie auf das Thema KVZ aufmerksam geworden?  KVZ bei Freunden/Familie und zwar   
 Presse/Medien

## Gewünschter Krankenzusatzversicherungsschutz

Sollen außer Ihnen weitere Personen versichert werden?  nein

ja und zwar:

Zahnzusatz  Zahnbehandlung  prof. Zahnreinigung

ambulante Ergänzung  Heilpraktiker  Brille

2 Bett Chefarzt  1 Bett Chefarzt

KTG  Euro ab dem  Tag

KHTG  Euro

Bestehen private Krankenzusatzversicherungen? Wenn ja welche und wo?  nein

Zahnzusatz  ambulante Ergänzung  stationär  KTG

Wurden in den letzten 3 Jahren private Krankenversicherungen durch Vertragsrücktritt, anfechtung oder durch außerordentliche Kündigung von Ihrem Versicherer beendet?

ja  
 nein

Wurden in den letzten 3 Jahren Anträge auf private Krankenversicherungen vom Versicherer abgelehnt?

ja  
 nein

**was darf die Absicherung der Krankenzusatzversicherung maximal kosten?**

bestimmte Gesellschaften?

Weitere Anmerkungen/ was ist Ihnen wichtig?

Name

geb.

# Gesundheitsfragen

**Wenn Gesundheitsfragen mit ja beantwortet werden, bitte auf der nächsten Seite nähere Erläuterungen dazu bzw. einen zusätzlichen Fragebogen verwenden.**

Allgemeine Angaben

Körpergröße in cm:

Gewicht in kg:

1. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern untersucht oder behandelt?  ja  nein

2. Sind Folgen von Krankheiten, Verletzungen verblieben oder bestehen Behinderungen, Missbildungen, Anomalien, eingeschränkte Fertilität oder Sterilität?  ja  nein

3. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Betäubungsmittel?  ja  nein

4. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein

5. Besteht Fehlsichtigkeit (Angaben der Dioptrienwerte) oder Schwerhörigkeit?  ja  nein

kurzsichtig  ja Dioptrin links

weitsichtig  ja Dioptrin rechts

6. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

wenn ja, welche Woche:

7. Haben in den letzten 5 Jahren zur Beobachtung, Untersuchung oder stationären Behandlung Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?  ja  nein

8. Wurden in den letzten 10 Jahren psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen angeraten, vorgenommen oder haben Suchterkrankungen vorgelegen?  ja  nein

9. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder eine Hepatitis festgestellt?  ja  nein

Name  geb.

10. Bestanden in den letzten 3 Jahren Arbeitsunfähigkeiten von mehr als 10 Kalendertagen?

ja  nein

**bei Erweiterung/Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes:**

11. Bestehen/bestanden in den letzten 2 Jahren Krankheiten, wurden Untersuchungen (auch vorsorglich) durchgeführt, die dem Versicherer bisher nicht durch Erstattungsanträge bekannt geworden sind, bzw. stehen Behandlungsmaßnahmen bevor?

ja  nein

**Einzelangaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen. Eventl. den Zusatzfragebogen nutzen**

Zu Frage Nr.	Genauere Angabe über die Art der Erkrankung(Arzt diagnose) Behandlungen, Operationen, Untersuchungen	Zeitraum	Name und Anschrift des Arztes, Krankenhaus, Heilpraktiker	ausgeheilt: ja, nein, seit wann	zurückgebliebene Folgen
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**bei Einschluss von Zahntarifen zusätzlich ausfüllen**

Besteht/bestand eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung  ja  nein

Besteht/bestand eine ärztlich festgestellte Zahnfehlstellung  ja  nein

Wurde in den letzten 3 Jahren ein Aufbissbehelf oder eine Schiene eingegliedert oder ist dieses beabsichtigt?  ja  nein

Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder sind nachstehend genannte Behandlungen/Maßnahmen eingeleitet/empfohlen?  ja  nein

Anzahl der nicht ersetzten fehlenden Zähne (ohne Weisheitszähne)

Gibt es herausnehmbare Prothesen.  
Wann eingesetzt?   ja  nein

Brücken  
Wann eingesetzt?   ja  nein

Kronen  
Wann eingesetzt?   ja  nein

Implantate  
Wann eingesetzt?   ja  nein

Wann war die letzte Zahnarztbehandlung

Grund

Name und Anschrift des Zahnarztes

Zahnstatus empfohlen

ja  nein

weitere Informationen

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden