

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 und Geb. Datum

Name und Geb. Datum Name und 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 Partner 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:

- ja nein
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