

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

## Vermittler

Vermittlernummer

Name

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

## Kundendaten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht

 männlich  weiblich

Nationalität

 deutsch  andere 

in Deutschland seit:

Student/in

 ja  nein

Berufliche Tätigkeit

 angestellt  selbständig  freiberuflich

Vorversicherung

 ja  nein privat  gesetzlich  ohne

Versicherungsgesellschaft

Beitrag in Euro

## Versicherungswunsch

Beginn ab

Selbstbeteiligung  
pro Jahr 0 Euro  300 Euro  
 600 Euro  1.200 EuroStationäre  
Wahlleistungen Mehrbettzimmer mit Stationsarzt  
 2-Bettzimmer mit Chefarzt  
 1 oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt

## Weitere Tarifleistung


Zahnersatz mindestens

 60%  75%  90%

Hausarztprinzip gewünscht?

 ja  nein Auch bekannt als „Primärarztprinzip“

Maximale Leistung gewünscht?

 ja  nein Leistungen über die Höchstsätze der GOÄ/GOZ (3,5 facher Satz)

Krankentagegeld

 Euro ab dem  Tag Euro ab dem  Tag

Krankenhaustagegeld

 Euro

Kurtagegeld

 Euro

Beitragsentlastung im Rentenalter

 Euro pro Monat

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

## Gesundheitsfragen (1/2)

1	Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	Berücksichtigter Abfragezeitraum ▼
2	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3	Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei R+V die letzten 10 Jahre; bei Allianz, DKV und SIGNAL für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre
4	Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei Hallesche bis Eintrittsalter 32 nur 5 Jahre (sonst 10 Jahre); bei AXA Active Me die letzten 6 Jahre (AXA sonst 5 Jahre); bei ottonova, R+V und Württembergische die letzten 10 Jahre).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre
5	Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei SIGNAL einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt? (bei Allianz, AXA, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur und Münchener Verein die letzten 5 Jahre; bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Alte Oldenburger, Barmenia, BBKK, HALLESCHE, Inter, Nürnberger, ottonova, R+V, SIGNAL, Universa, Württembergische und UKV die letzten 10 Jahre).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre
6	Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn »ja«, wieviel Dioptrien? Bitte den Wert des Linken und rechten Auges in das vorgesehene Feld eintragen. Hinweis: nicht erforderlich bei Allianz und HanseMerkur.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> links <input type="text"/> rechts	<input type="checkbox"/> keine Angaben
7	Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (bei ARAG, Barmenia, Continentale, Inter, R+V und SIGNAL ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulant) die letzten 3 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> unbegrenzt <input type="checkbox"/> keine Angaben
8	Besteht eine Fehlbildung oder anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) nur bei BBKK, Gothaer und UKV: Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9	Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen oder besteht/bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei Württembergische und SIGNAL die letzten 10 Jahre; bei HanseMerkur und R+V zeitlich unbegrenzt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> keine Angaben
10	Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist ein Testergebnis offen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

## Gesundheitsfragen (2/2)

Berücksichtigter  
Abfragezeitraum

11	Wurden Sie wegen einer bösartigen Krebs/Tumorerkrankung behandelt? (nur zu beantworten bei Münchener Verein die letzten 5 Jahre; bei BBKK, ottonova, UKV die letzten 10 Jahre).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> keine Angaben
12.1	Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein).	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	
12.2	Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbissschiene getragen? Oder besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12.3	Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (zu beantworten bei Allianz, HALLESCHE, Inter, Münchener Verein und Nürnberger; bei Gothaer MediVita-Z und SIGNAL älter 5 Jahre, bei BBKK und UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz; bei SIGNAL ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben).	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	<input type="checkbox"/> keine Angaben
12.4	Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)? (nicht erforderlich bei Allianz).	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr	<input type="checkbox"/> keine Angaben
12.5	Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben? (nur zu beantworten bei Münchener Verein und Alte Oldenburger, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben.)	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr	<input type="checkbox"/> keine Angaben

## Wichtiger Hinweis zu verpflichtende Detailangaben bei mit „Ja“ beantworteten Fragen

**!** Wurde eine Frage mit ja beantwortet, sind genaue Angaben zu machen. Es ist ebenfalls anzugeben was ausgeheilt ist, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratung, Untersuchung oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden. Der jeweilige Formularfeldkomplex ist vollständig auszufüllen!

## Beispiel - KEINE Kundenangaben

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
2.0	Kreuzbandriss nach Skiunfall	24.02.2019	30.05.2019	23.02.2019	24.02.2019			07.2019
	VKB-Ruptur des Kniegelenks li., Längsriss Aussenmeniskus Pars media, Bone bruise link. Es lag und liegen zusätzlich keine Meniskusverletzungen, Knorpelschäden, Kniefrakturen, anderen Bandverletzungen oder Luxationen vor. Es wurde direkt nach dem Skiunfall bzw. Diagnostik operiert, Einsatz einer VKB-Plastik links (mittels 4-fach					<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc.	<input checked="" type="checkbox"/> Befundbericht	<input type="checkbox"/> Arztberichte
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> Entlassungsbericht	<input type="text"/> sonstiges	
						Folgende Anlagen beigefügt		

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

Frage Nr.	Warum wurde ein Arzt aufgesucht? →	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung		Krankschreibung		genesen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		von	bis	von	bis	von	bis	seit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Röntgen- / Blutbild etc. <input type="checkbox"/> Befundbericht <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht <input type="text"/> sonstiges		
	Weitere Detailangaben ab Seite 6 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fachgebiet, Name, Anschrift behand. Arzt				Folgende Anlagen beigefügt		

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

## Eigenerklärung / Stellungnahme bzw. Ergänzung zu Detailangaben Gesundheitsfragen

Bitte dieses Schema nutzen:

Was war? Wann war es? Gab es (von - bis) Krankschreibungen? Gab es einen Anlass / Grund für Erkrankung / Beschwerde? Wie wurde behandelt (Diagnostik, Therapien, Medikamente) und von wem? (Fachrichtung, Name). Seit wann besteht Behandlungs- & Beschwerdefreiheit?

# Risikovorfrage Private Krankenversicherung

Fortsetzung Eigenerklärung / Stellungnahme bzw. Ergänzung zu Detailangaben Gesundheitsfragen