

ANFORDERUNG (Seite 1 von 2)

für KV-Vorschlag und Dokumentation → KV-Voll oder KV-Zusatz

für Risikoanfrage bei gesundheitl. Problemen (nur KV-Voll möglich)

zu erledigen bis:

Anzahl der Seiten inkl. Anforderung:

E-Mail Adresse

Angaben zum Interessenten (Kunde)

1. Person

Name, Vorname männl. weibl.

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit in Deutschland seit

Vorversicherer (Gesellschaft) von/bis Tarifbezeichn. aktueller Beitrag

Bitte letzte Beitragsrechnung/Police beifügen. Liegt bei ja nein

Bundesland (wohnen) Bundesland (arbeiten) Beihilfesatz f. Beamte

Beruf Selbstständig/angestellt/in Ausbildung

Tätigkeit im Ausland (Ort/Dauer/Häufigkeit)

2. Person

Name, Vorname männl. weibl.

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit in Deutschland seit

Vorversicherer (Gesellschaft) von/bis Tarifbezeichn. aktueller Beitrag

Bitte letzte Beitragsrechnung/Police beifügen. Liegt bei ja nein

Bundesland (wohnen) Bundesland (arbeiten) Beihilfesatz f. Beamte

Beruf Selbstständig/angestellt/in Ausbildung

Tätigkeit im Ausland (Ort/Dauer/Häufigkeit)

1. Angaben zum Versicherungswunsch

Kriterien

1. Person

Gewünschter Vertragsbeginn

Für KV-Voll bitte **alle Felder** ausfüllen:

Privatinsolvenz ja nein

Hausarzt-/Primärarztprinzip ja nein

Psychotherapie ambulant ja nein

Psychotherapie stationär ohne Einschränkungen ja nein

Gebührensatz 2,3 3,5 über 3,5

Selbstbehalt in Euro 0 Euro

Option auf Höherversicherung ja nein

Für KV-Zusatz **nur folgende Felder** ausfüllen:

Brillenleistungen ja nein ber. Brillenträger ja nein

Heilpraktiker ja nein

Zahnersatz mindestens % 50 60 70 frei wählbar

KFO ja nein

Privatärztliche Leistung ja nein wenn ja: 2-Bett 1-Bett

Krankentagegeldversicherung ja Euro ab dem Tag nein

ja Euro ab dem Tag nein

ja Euro ab dem Tag nein

Krankenhaustagegeld ja Euro nein

Kur/Reha ja wenn Tagegeld: Euro nein

Pflegezusatz ja wenn Tagegeld: Euro nein

Müssen Kinder per Gesetz mitversichert werden? ja nein

Kriterien

2. Person

Gewünschter Vertragsbeginn

Für KV-Voll bitte **alle Felder** ausfüllen:

Privatinsolvenz ja nein

Hausarzt-/Primärarztprinzip ja nein

Psychotherapie ambulant ja nein

Psychotherapie stationär ohne Einschränkungen ja nein

Gebührensatz 2,3 3,5 über 3,5

Selbstbehalt in Euro 0 Euro

Option auf Höherversicherung ja nein

Für KV-Zusatz **nur folgende Felder** ausfüllen:

Brillenleistungen ja nein ber. Brillenträger ja nein

Heilpraktiker ja nein

Zahnersatz mindestens % 50 60 70 frei wählbar

KFO ja nein

Privatärztliche Leistung ja nein wenn ja: 2-Bett 1-Bett

Krankentagegeldversicherung ja Euro ab dem Tag nein

ja Euro ab dem Tag nein

ja Euro ab dem Tag nein

Krankenhaustagegeld ja Euro nein

Kur/Reha ja wenn Tagegeld: Euro nein

Pflegezusatz ja wenn Tagegeld: Euro nein

Besondere Wünsche, Vorschläge, Bemerkungen _____

Bei Vorerkrankungen des Kunden bitte auch Seite 2 ausfüllen! Sonst keine präzisen Angebote möglich. Seite 2 liegt bei ja nein

Datum

Unterschrift Kunde oder Makler

Rückfax an 0 56 71 / 77 99 99 -2 oder eMail an mette@3LV.

für KV-Vorschlag und Dokumentation bzw. Risikoanfrage

Angaben zum Interessenten (Kunde) Nur auszufüllen, wenn Ihr Kunde gesundheitliche Probleme hat.

1. Person

Name, Vorname

Str./PLZ/Ort

2. Person

Name, Vorname

Str./PLZ/Ort

2. Gesundheitsfragen Ist der Interessent krank? ja nein Bei nein **keine** Angaben erforderlich.

**Um genaue Ergebnisse der Risikoprüfung zu erzielen, bitte die Gesundheitsfragen im Antrag ausfüllen.
Wenn möglich, bitte aktuelle Arztberichte oder Atteste beifügen.**

Liegen Arztberichte oder Atteste bei? ja Anzahl der Seiten nein

	1. Person		2. Person	
	ja	nein	ja	nein
Körpergröße/Gewicht: 1. Person cm <input type="text"/> kg <input type="text"/> 2. Person cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>				
1) Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Funktionsstörungen, Fehler organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden), chronische Leiden oder Pflegebedürftigkeit? <small>(bei Gothaer, Signal Iduna, Württembergische die letzten 5 Jahre)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen oder Beratungen, oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontroll- oder Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen statt <small>(bei Allianz: ambulante Operationen, DKV, Mannheimer, Signal Iduna, Württembergische die letzten 5 Jahre)</small>				
3) Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operation oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Kurmaßnahmen, Sanatorium <small>(bei Deutscher Ring, Hallesche, Württembergische)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Wurden in den letzten 3 Jahren psychologische/psychiatrische/psychotherapeutische Suchtbehandlungen bzw. Behandlungen, Therapien/ Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer Erkrankungen/Störungen angeraten oder durchgeführt, bzw. sind solche beabsichtigt? <small>(bei Allianz, Continentale, DKV, Gothaer, Mannheimer, Münchener Verein die letzten 5 Jahre; AXA, Central stationär: die letzten 5 Jahre; bei ARAG, Barmenia, Deutscher Ring, Hallesche, INTER, Signal Iduna, uniVersa, Württembergische die letzten 10 Jahre)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Besteht eine Fehlsichtigkeit und tragen Sie eine Sehhilfe? (Nicht zu beantworten bei Württembergische) Wenn ja, wieviel Dioptrien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Besteht oder bestand eine anerkannte Behinderung, bzw. eine Rente aus einer Privaten Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaft oder ist eine solche beantragt? Bei „ja“ bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Zu Frage 7 zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen oder e) sonstige Schädigungsfolgen. Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel (d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als 10 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- od. Beruhigungsmittel; außer Empfängnisverhütungsmittel), Betäubungsmittel/Drogen oder Alkohol eingenommen oder äußerlich angewendet? <small>(bei uniVersa, Württembergische die letzten 10 Jahre)</small> Werden Arzneimittel (z.B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn „ja“, welche und aufgrund welcher Diagnose? <small>(zu beantworten bei DKV)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a) Besteht oder bestand jemals eine Essstörung? <small>(zu beantworten bei Central, Württembergische)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? <small>(Allianz, Barmenia, Signal Iduna benötigen Kopie des Mutterpasses.)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ist eine stationäre oder ambulante Behandlung, Untersuchung, Kurmaßnahme oder Operation angeraten, beabsichtigt oder findet sie zurzeit statt? a) bei Ärzten? b) bei Zahnärzten oder Kieferorthopäden? c) bei Heilpraktikern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt? <small>(zu beantworten bei Central; Mannheimer, uniVersa in den letzten 10 Jahren; Münchener Verein in den letzten 5 Jahren)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Rauchen Sie, bzw. haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht bzw. Nikotin konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Wie viele Zähne – außer Weisheitszähnen und Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? <small>(Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein, uniVersa; bei AXA vollständiger Lückenschluss und fehlende Weisheitszähne/Milchzähne)</small> Anzahl fehlend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Besteht (Central, Mannheimer, Münchener Verein, Württembergische: oder bestand in den letzte 3 Jahren) eine Zahnbetterkrankung oder eine Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) bzw. wurde eine Behandlung angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? <small>(zu beantworten bei Allianz, Continentale, Deutscher Ring, Gothaer, Hallesche, INTER, Mannheimer, Münchener Verein, Signal Iduna, Württembergische; bei ARAG herausnehmbarer Zahnersatz)</small> Anzahl ersetzt Anzahl überkront	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. Überkronung? Monat/Jahr? <small>(zu beantworten bei Continentale, Deutscher Ring, Gothaer, INTER, Mannheimer, Münchener Verein)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Prodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden? Wenn „ja“, Heil- und Kostenplan einreichen. <small>(zu beantworten bei Mannheimer) zu</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für nähere Angaben zu den Fragen 1-19, falls mit „ja“ beantwortet gegebenenfalls Zusatzblatt verwenden.

Datum

Unterschrift Kunde oder Makler