

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

<p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Krankenversicherung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Riskoprüfung <input type="checkbox"/> mit Riskoprüfung <input type="checkbox"/> ohne SoWa-Eintrag</p>
<p>Versicherte Person (VP)</p>	
<p>Name, Geburtsdatum und Geschlecht, usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Mustermann Max Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> Euro Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/></p>
<p>Anzahl der Kinder (für Berechnung Pflegebeitrag)</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>Ambulanter Tarifbereich</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>
<p>Selbstbeteiligung</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> Euro bis <input type="text"/> Euro</p>
<p>Selbstbeteiligung für Kompakttarife</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> nur über ambulant</p>
<p>Tarifbereich Stationär</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>
<p>Ein-/Zweibettzimmertarife</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Mehrbettzimmertarife</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Privatarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Tarifbereich Dental</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>

Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
Krankentagegeld	<input type="checkbox"/> entfällt
Risikogruppe	<input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> 1. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> 2. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> 3. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
Zusätzliche Absicherungen	<input type="checkbox"/> entfällt
Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> Euro pro Tag
Kurtagegeld	<input type="text"/> Euro pro Tag
Kurkostenerstattung (ambulanz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (Unterbringung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> absolut: <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> prozentual: <input type="text"/> %
Tarfbereich Pflege	<input type="checkbox"/> entfällt
Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflege tagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pflege tagegeld
Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegestufe 3 (stationäre Unterbringung))	<input type="text"/> Euro
Leistungen auch bei Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben zur Vorversicherung	<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung
Welche gleichartige Vorversicherung besteht, bestand oder wurden in den letzten Jahren 5 Jahren beantragt?	Gesellschaft <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Gesundheitsfragen	

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>	
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>	
Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder andere Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>	
Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>	
Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>	
Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrin links: <input type="text"/> Dioptrin rechts: <input type="text"/>	
Fehlen Ihnen Zähne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , wurden diese ersetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , wie? <input type="text"/> wenn nein , oder nicht vollständig, wieviele Zähne sind aktuell nicht ersetzt? Anzahl: <input type="text"/>	
Sonstige Hinweise, Bemerkungen:	<input type="text"/>	

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Ort, Datum, Unterschrift

Rev002 vom 29.07.2010