

## FRAGEBOGEN FÜR PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

per Fax: 02606/2272

Name	Telefon
Vorname	Fax
Straße	E- Mail
Postleitzahl	Funk
Wohnort	
Berufsbezeichnung/ ausgeübter Beruf	
Geburtstag:	

Derzeitig versichert in der gesetzlichen KV	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	
Ihr Status	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Freiberufler
Mitglied eines Gruppenverbandes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	
Mitglied einer Kammer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	
Kinder: ( Name und Geburtsdatum)			

Gesundheitszustand			
Krankenhausaufenthalt in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar	
Medizinische Behandlungen, Arztbesuche, Erkrankungen, Medikamente in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar	
Wurden aus gesundheitlichen Gründen bereits Anträge oder Zusatzversicherungen abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar	
Varianten in der KV, die Sie favorisieren würden!	Bitte Auswahl treffen!		
Selbstbeteiligung Ambulant	<input type="checkbox"/> ohne SB	<input type="checkbox"/> 300 € SB	<input type="checkbox"/> höhere SB - €
Zahnbehandlung 100 %/ Zahnersatz			
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> 85 %
Basisschutz	<input type="checkbox"/> 1 oder 2 Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> Mehrbett	
	<input type="checkbox"/> 2- Bett/ Privatarzt	<input type="checkbox"/> ohne 2- Bett	
Krankentagegeld	ab	Woche	kalendertäglich €

Anwesende außer Gesprächspartner

---



---

Beratungsort und Datum:

---

Unterschrift *Kunde*

Unterschrift *Makler*