

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH  
 Versicherungsmakler  
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München  
 Tel.: 089 - 54838-100  
 Fax: 089 - 54838-199  
 versicherungsmakler@hbup.de  
 http://www.hbup.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Krankenversicherung.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung  <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung  <input type="checkbox"/> ohne SoWa-Eintrag</p>
<p><b>1. Versicherte Person (VP)</b></p>	
<p>1.1. Name, Geburtsdatum und Geschlecht, usw. der zu versichernden Person.                  Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Name: <input type="text"/>                  Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich                  Geburtsdatum: <input type="text"/>                  Geburtsort: <input type="text"/> -land: <input type="text"/>                  Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher  <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker                  Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> €</p>
<p>1.2. Angaben zum Beruf                  Status:                  Aktuell ausgeübter Beruf:                  Branche:</p>	<p><input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> selbständig  <input type="text"/>  <input type="text"/></p>
<p>1.2.1. Nur bei Beamten:                  Weitere Angaben zur Beihilfe (Träger, Erstattungssätze usw.):</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.2.2. Nur bei Selbständigen:                  Anzahl der Sozialversicherungspflichtigen Angestellten:</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.3. Anzahl der Kinder (für Berechnung Pflegebeitrag)</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.4. Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p><b>2. Ambulanter Tarfbereich</b></p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>

2.1. Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> € bis <input type="text"/> €
2.2. Selbstbeteiligung für Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> nur über ambulant
<b>3. Tarifbereich Stationär</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
3.1. Ein-/Zweibettzimmer tarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.2. Mehrbettzimmer tarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.3. Privatarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>4. Tarifbereich Dental</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
4.1. Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
4.2. Zahnersatz	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
4.3. Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
<b>5. Krankentagegeld</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
5.1. 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"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> 2. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> 3. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> € pro Tag
<b>6. Zusätzliche Absicherungen</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
6.1. Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> € pro Tag
6.2. Kurtagegeld	<input type="text"/> € pro Tag
6.3. Kurkostenerstattung (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.4. Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.5. Kurkostenerstattung (Unterbringung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.6. Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> absolut: <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> prozentual: <input type="text"/> %
<b>7. Tarifbereich Pflege</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
7.1. Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.2. Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pflegetagegeld
7.3. Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegegrad 5 (stationäre Unterbringung))	<input type="text"/> €
7.4. Leistungen auch bei Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.5. Leistungen auch bei Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>8. Angaben zur Vorversicherung</b>	<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung
8.1. 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"/>
<b>9. Gesundheitsfragen</b>	
9.1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
9.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b> , bei welcher? <input type="text"/>
9.3. Leiden oder litten Sie in den letzten <b>5</b> Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
9.4. Fanden in den letzten <b>5</b> Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>
9.5. Fanden in den letzten <b>10</b> Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b> , welche + Details? <input type="text"/>

<p>9.6. Wurde in den letzten <b>10</b> Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche + Details?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>9.7. Besteht eine Fehlsichtigkeit?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/></p>
<p>9.8. Fehlen Zähne? Fehlende Milch- oder Weisheitszähne sowie Lückenschluß sind nicht anzugeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, wie viele Zähne fehlen? Anzahl: <input type="text"/></p>
<p>9.9. Findet aktuell eine kieferorthopädische Behandlung statt, oder ist eine solche notwendig oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>10. Sonstige Hinweise, Bemerkungen:</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <hr/> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev006 vom 16.09.2020</p>	