

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-101
 versicherungsmakler@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherte Person	
Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Berufsstatus usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Geburtsdatum: <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsort: <input style="width: 100px;" type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher Aktuell ausgeübter Beruf: <input style="width: 100px;" type="text"/> Berufsstatus: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> andere <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input style="width: 100px;" type="text"/> € Steuer-Identifikationsnummer: <input style="width: 100px;" type="text"/> Personalausweisnummer: <input style="width: 100px;" type="text"/> Nationalität: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Allgemeine Fragen	
Wird ein Optionsrecht auf Krankenvollversicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen Auslandsreisen mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , nähere Angaben (Dauer der einzelnen Auslandsaufenthalte) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Wünschen Sie Tarife ohne Altersrückstellungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten einbezogen werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist es für Sie wichtig, dass der Versicherer auf sein Kündigungsrecht verzichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<p>Gesundheitsfragen: <input type="checkbox"/> Aufnahme mit separatem Fragebogen</p>	<p>Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.</p>
<p>Körpergröße und Gewicht</p>	<p><input type="text"/> cm <input type="text"/> kg</p>
<p>Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bei welcher? <input type="text"/></p>
<p>Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>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>Gewünschter Versicherungsschutz</p>	
<p>Ambulant</p>	<p><input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert bei <input type="text"/></p>
<p>Sollen Sehhilfen mitversichert sein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - mind. <input type="text"/> €</p>
<p>Ist die Erstattung ambulanter privatärztlicher Behandlungen gewünscht (Privatpatient)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

Möchten Sie Leistungen von Heilpraktikern mitversichern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis mitversichert sein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen gesetzliche Zuzahlungen erstattet werden? z.B. für Arznei-, Verband- und Heilmittel wie Krankengymnastik und Massagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist ein Auslandsreiseschutz gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für naturheilkundliche Maßnahmen durch Ärzte gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Impfungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Reiseimpfungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere Wünsche?	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Stationär	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert bei <input style="width: 100px;" type="text"/>
Welche Unterbringung wünschen Sie?	<input type="checkbox"/> 1 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 1 Bett- oder 2 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer (ohne Zuschlag)
Möchten Sie Anspruch auf die privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt / Arzt Ihrer Wahl? I.d.R. ist damit auch eine Unterbringung im 1 Bett- oder 2 Bett-Zimmer verbunden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Sollen gesetzliche Zuzahlungen erstattet werden? (z.B. für Arznei-, Verband- und Heilmittel wie Krankengymnastik und Massagen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wünschen Sie eine freie Krankenhauswahl?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für 'Rooming-in' gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für vor-/nachstationäre Behandlung gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Weitere Wünsche?	<input type="text"/>
Dental	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Erstattung für Zahnbehandlung gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hohe Leistung beim Zahnersatz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie hoch soll die maximale Entschädigung hinsichtlich der Gebührenordnung sein?	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Leistung für Implantate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> Leistung erwünscht <input type="checkbox"/> auch umfassend
Erstattung "Privatarzt ohne Kassenzulassung"	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zahnersatz außerhalb Regelversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Inlays	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere Wünsche?	<input type="text"/>
Krankentagegeld	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Risikogruppe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tagegeld 1	ab <input type="text"/> Tag in Höhe von <input type="text"/> €
Tagegeld 2	ab <input type="text"/> Tag in Höhe von <input type="text"/> €
Tagegeld 3	ab <input type="text"/> Tag in Höhe von <input type="text"/> €
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Keine erneute Karenzzeit bei Rückfallerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Länger als 3 Monate Leistung bei Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wegfall Alkoholklausel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Krankenhaustagegeld und Kurztagegeld/-kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="text"/> € pro Tag
Kurtagegeld	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="text"/> € pro Tag
Kurkostenerstattung (ambulant) (z.B. für die ärztlichen Behandlungen, Heilmittel, Arzneimittel)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Kur: Erstattung bei Unterbringung (amb.)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Kur: Erstattung bei Unterbringung (amb.)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Welche Form der Pflegeversicherung wünschen Sie?	<input type="checkbox"/> Pflegetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegerentenversicherung
Demenzleistung	<input type="text"/> €
Mindesterstattungssätze - ambulant	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="text"/> € pro Tag
Mindesterstattungssätze - stationär	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="text"/> € pro Tag
Assistanceleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Demenzleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dynamik	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dynamik unabhängig vom Alter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dynamik unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einmalzahlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Keine Einschränkung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ist es für Sie wichtig, dass der Versicherer auf sein Kündigungsrecht verzichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soll der Tarif Wartezeiten erlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bereits ab Pflegestufe 1
Soll der Geltungsbereich auch außerhalb Deutschlands liegen? (Leistungen können auch außerhalb Deutschland empfangen werden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - mit zusätzlicher Vereinbarung <input type="checkbox"/> ja - auch ohne zusätzliche Vereinbarung
Vorversicherung	
Besteht oder bestand eine Vorversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , Gesellschaft <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> Kündigung durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer
Versicherte Leistungen	<input type="checkbox"/> Stationär Selbstbeteiligung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Ambulant Selbstbeteiligung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Dental Selbstbeteiligung <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Krankentagegeld <input type="text"/> € ab <input type="text"/> Tag <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld <input type="text"/> € ab <input type="text"/> Tag <input type="checkbox"/> Kurtagegeld <input type="text"/> € pro Tag <input type="checkbox"/> Pfl egetagegeld <input type="text"/> € (Pfle gestufe 3)
Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht: Berufsunfähigkeitsversicherung Unfallversicherung Dread Disease	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welcher? <input type="text"/>
Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<input type="text"/>

Risikorelevante Fragen und Belehrung

Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände.

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Wird die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Datum, Unterschrift