

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Lena-Christ-Straße 2 • 82031 Grünwald
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-199
 versicherungsmakler@hbup.de
 https://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Zu versichernde Person	
Vorname Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
weitere Informationen zur Versicherte Person	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer
Ist eine lückenlose Vorversicherung über mind. 8 Monate gegeben (auch gesetzliche Krankenversicherung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anzahl der Kinder (zur Berechnung des Pflegebeitrages)	<input type="text"/>
Jahresbruttoeinkommen	<input type="text"/> €
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Personalausweisnummer	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>
Leistungen I	

Tarfbereich Allgemein	
Versicherungsbeginn	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Osttarife	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> nur
Ambulanter Tarfbereich	
Selbstbeteiligung für Nicht-Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> optimale <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> € bis <input type="text"/> €
Selbstbeteiligung für Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> nur über ambulant
Tarfbereich Stationär	
Einbettzimmertarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarife, die Ein- oder Zweibettzimmer bieten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zweibettzimmertarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mehrbettzimmertarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Privatarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarfbereich Dental	
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	
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
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine erneute Karenzzeit bei Rückfallerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Länger als 3 Monate Leistung bei Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wegfall Alkoholklauseel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusätzliche Absicherungen	
Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> € pro Tag
Kurtagegeld	<input type="text"/> € pro Tag
Kurkostenerstattung (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kur: Erstattung bei Unterbringung (amb.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kur: Erstattung bei Unterbringung (stat.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> maximale <input type="checkbox"/> absolut: <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> prozentual: <input type="text"/> %
Tarfbereich Pflege	
Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pflegetagegeld
Mindesterstattungssätze - ambulant	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="text"/> € pro Tag
Mindesterstattungssätze - stationär	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="text"/> € pro Tag
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="text"/> € pro Tag
Assistanceleistungen (z.B. Beratungsleistung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dynamik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dynamik unabhängig vom Alter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dynamik unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einmalzahlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Keine Einschränkung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verzicht des Versicherers auf Kündigungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wartezeiterlass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ab Pflegegrad 1
Geltungsbereich außerhalb Deutschlands (also Europa)	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> soll mit zusätzl. Vereinbarungen gelten <input type="checkbox"/> soll auch ohne Vereinbarungen gelten
Leistungen II	
Tarfbereich Allgemein	
Primärarzttarife	<input type="checkbox"/> mit Primärarzttarife (normal) <input type="checkbox"/> ohne Primärarzttarife (beste Absicherung) <input type="checkbox"/> nur Primärarzttarife (günstigste Absicherung)
Tarife mit Option zum Einstieg in eine höherwertige Vollversicherung berechnen?	<input type="checkbox"/> mit Optionstarifen <input type="checkbox"/> ohne Optionstarife <input type="checkbox"/> nur Optionstarife
Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> erfolgsabhängig <input type="checkbox"/> garantiert
Wie lange soll der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland für Krankheitskostenvolltarife gelten?	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mind. für 6 Monate (ggf. mit Vereinbarung) <input type="checkbox"/> mind. für 12 Monate (ggf. mit Vereinbarung) <input type="checkbox"/> unbegrenzt (ggf. mit Vereinbarung) <input type="checkbox"/> mind. für 6 Monate (ohne Vereinbarung) <input type="checkbox"/> mind. für 12 Monate (ohne Vereinbarung) <input type="checkbox"/> unbegrenzt (ohne Vereinbarung)
Beitragsfreie Erziehungszeit	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> eingeschränkt beitragsfrei <input type="checkbox"/> umfassend beitragsfrei
Ergebnis inkl. Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergebnis inkl. Tarife, die nur bei bestimmten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarfbereich Ambulant	

Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Erstattung im Ausland ohne Begrenzung auf deutsche Gebührenordnungssätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindesterstattung für Sehhilfen	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> <input type="text"/> €
Brechkraftverändernde Operationen (z.B. Lasik = ist eine Augenoperation zur Korrektur optischer Fehlsichtigkeiten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle Behandlungsmethoden gem. Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenersatz für Logopäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenersatz für Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schutzimpfungen, mind. entsprechend der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf Generika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ambulante Heilbehandlung in einem Kurort/Heilbad ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ambulante Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Häusliche Krankenpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nicht-ärztliche Palliativversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge	
Vorsorgeuntersuchungen umfassender als der gesetzliche Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge BRE unschädlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge ohne Anrechnung auf SB	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychotherapie	
Grundsätzlich soll für Psychotherapie geleistet werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freie Wahl des Behandlers (z.B. Psychologen, Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindestens 30 Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mindestens 50 Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nach Zusage unbegrenzte Sitzungsanzahl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel	
Keine Einschränkungen bei der Erstattungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Limitierung durch eine prozentuale oder preisliche Obergrenze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittelkatalog offen in Bezug auf technische Mittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung bei Krankenfahrstühlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Heimdialysegeräte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Atemüberwachungsmonitore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Beatmungsgeräte, Sauerstoffkonzentratoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Hör-/Sprechgeräte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Prothesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung Geh-/Stützapparate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Blindenhund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung ambulanter Transportkosten	
Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf den "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarfbereich Stationär	
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Erstattung im Ausland ohne Begrenzung auf deutsche Gebührenordnungssätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei med. notw. stat. Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei Unfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen für Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für 'Rooming-in'	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospizleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung stationärer Transportkosten	
Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf das "nächstgelegene" oder "nächste" Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung beim Transportmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarfbereich Dental	
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Leistungen für Implantate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht, auch umfassend
Keine tarifliche Zahnstaffel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesundheitsfragen: <input type="checkbox"/> Aufnahme mit separatem Fragebogen	Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.
Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>

<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?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<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?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<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?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<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?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<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>Fehlen Zähne? Fehlende Milch- oder Weisheitszähne sowie Lückenschluß sind nicht anzugeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie viele Zähne fehlen? Anzahl: <input type="text"/></p>
<p>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>Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

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

Mitarbeiter:

Datum :

Uhrzeit: von bis

telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben

persönliche Besprechung

im Maklerbüro beim Kunden