

Makler: Jan Pohl: pohl@versicherungsmakler.ac, 0178-5267645



Persönliche Daten

Name, Vorname männl. weibl. divers
 Straße, Haus-Nr. PLZ/ Ort
 Telefon mobil
 E-Mail

1. Geburtsdatum
 2. Beruf und Branche

3. Tätigkeitsstatus
 angestellt freiberuflich selbständig seit
 in Ausbildung nicht erwerbstätig
 Beamter bei Bund Land

4. Staatsangehörigkeit deutsch andere Gültigkeit der Aufenthaltsgenehmigung

5. Ihr (geplantes) Einkommen beträgt? brutto netto notwendiges Tagegeld

6. Familienstand ledig verheiratet/eingetragener Lebenspartner geschieden verwitwet

7. (Ehe-)Partner Name, Vorname männl. weibl. Geburtsdatum

Beruf und Branche
 angestellt freiberuflich selbständig seit
 in Ausbildung nicht erwerbstätig
 Beamter bei Bund Land

Staatsangehörigkeit deutsch andere Gültigkeit der Aufenthaltsgenehmigung

pflichtvers. freiwillig vers. privat vers.

bei Versicher bzw. Kasse privat zusatzvers. (falls GKV) bei

8. Kinder

Kind 1

Name, Vorname
 männl. weibl. Geburtsdatum
 Schüler/-in Student/-in
 in Ausbildung nicht erwerbstätig
 pflichtvers. privat vers.
 bei Versicher bzw. Kasse
 privat zusatzvers. (falls GKV) bei

Kind 2

Name, Vorname
 männl. weibl. Geburtsdatum
 Schüler/-in Student/-in
 in Ausbildung nicht erwerbstätig
 pflichtvers. privat vers.
 bei Versicher bzw. Kasse
 privat zusatzvers. (falls GKV) bei

9. Wie sind Sie im Moment versichert?

privat gesetzlich nicht versichert, seit

Versicherer bzw. Kasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dort versichert seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
momentaner Beitrag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	vorher versichert bei
Privat zusatzvers. bei? Welche Tarife?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Höhe Krankentagegeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Gesundheitsfragen

Körpergröße und Gewicht

- 1) Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate/Prothesen/Einschränkungen/Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn Sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?
- 2) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder – aufgrund von Vorerkrankungen – medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Kieferorthopäden, Zahnärzten, Therapeuten, Heilpraktiker statt, sind angeraten oder beabsichtigt?
- 3) Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen, Operationen, Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, einem Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?
- 4) Wurde in den letzten 10 Jahren eine Behandlung, Therapie/Gesprächstherapie, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?
- 5) Besteht eine Fehlsichtigkeit?
- 6) Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?
- 7) Besteht oder bestand eine anerkannte Behinderung, eine chronische Erkrankung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit?
- 8) Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (nicht zu beantworten bei HanseMercur) oder wurden in diesem Zeitraum Alkohol, Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen regelmäßig verordnet oder eingenommen?
- 9) Wurde eine HIV Infektion festgestellt bzw. steht noch ein Testergebnis aus? Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?
- 10) Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht?
- 11) Besteht eine Zahnbetterkrankung, eine Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien) oder wird eine Aufbiss- bzw. Knirscherschiene getragen?
- 12) Wie viele Zähne wurden ersetzt, überkront, sind mit Inlays bzw. Onalys und/oder einem – von Ihnen selbst herausnehmbaren – Zahnersatz versorgt?
- 13) Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung?

Person 1

cm kg

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja Anzahl

nein ja

ersetzt überkront
MM/JJ MM/JJ

Person 2

cm kg

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja Anzahl

nein ja

ersetzt überkront
MM/JJ MM/JJ

Person 3

cm kg

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja Anzahl

nein ja

ersetzt überkront
MM/JJ MM/JJ

nein ja

Auslandsaufenthalt

Ist ein längerfristiger Auslandsaufenthalt geplant oder besteht eine Grenzgängereigenschaft?

Gesprächsnotizen/ Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen