

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

Dieser Fragebogen ersetzt keinen Antrag. Er dient als Grundlage für einen Vergleich und zur Vorbereitung eines passenden Angebots.

## 1. KUNDEN- UND KONTAKTDATEN

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Kundennummer / Vermittlerhinweis

Gewünschter Versicherungsbeginn

## 2. BERUFSGRUPPE UND BERUFSSTATUS

### Berufsgruppe

- ☐ Normal
- ☐ Beamte
- ☐ Beamtenanwärter
- ☐ Arzt
- ☐ Zahnarzt
- ☐ Student
- ☐ Medizinstudent

### Berufsstatus

- ☐ Arbeitnehmer
- ☐ Selbstständig
- ☐ Freiberufler

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

## 3. AMBULANTE LEISTUNGEN

### Heilpraktikerleistungen

- ☐ Gewünscht  
☐ Unwichtig

### Logopädie

- ☐ Gewünscht  
☐ Unwichtig

### Ergotherapie

- ☐ Gewünscht  
☐ Unwichtig

## 4. STATIONÄRE LEISTUNGEN

### Stationäre Leistungen

- ☐ Mehrbettzimmer  
☐ Einbettzimmer  
☐ Zweibettzimmer  
☐ Privatarzt

## 5. ZAHNLEISTUNGEN UND SELBSTBETEILIGUNG

### Gewünschte Zahnleistungen

Auswählbar 0 - 100 %

|                                      |       |   |
|--------------------------------------|-------|---|
| Erstattung Zahnbehandlung            | _____ | % |
| Erstattung Zahnersatz                | _____ | % |
| Erstattung Kieferorthopädie          | _____ | % |
| Erstattung Material- und Laborkosten | _____ | % |

**Gewünschte Selbstbeteiligung von** \_\_\_\_\_ **EUR bis** \_\_\_\_\_ **EUR**

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

## 6. ZAHLWEISE UND ZUSATZLEISTUNGEN

### Zahlweise

- ☐ Monatlich
- ☐ Vierteljährlich
- ☐ Halbjährlich
- ☐ jährlich

### Krankenhaustagegeld

- ☐ Nicht gewünscht
- ☐ Ja, \_\_\_\_\_ EUR / Tag

### Krankentagegeld

- |                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht gewünscht | <input type="checkbox"/> Ab 29. Tag  |
| <input type="checkbox"/> Ab 4. Tag       | <input type="checkbox"/> Ab 43. Tag  |
| <input type="checkbox"/> Ab 8. Tag       | <input type="checkbox"/> Ab 92. Tag  |
| <input type="checkbox"/> Ab 15. Tag      | <input type="checkbox"/> Ab 182. Tag |
| <input type="checkbox"/> Ab 22. Tag      | <input type="checkbox"/> Ab 274. Tag |

Falls Ja: \_\_\_\_\_ EUR / Tag

### Auslandsreisekrankenversicherung

- ☐ Nicht gewünscht
- ☐ Ja, ohne Rücktransport Ausland
- ☐ Ja, mit Rücktransport Ausland

## 7. GESUNDHEITSFragen - HINWEIS

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden innerhalb der abgefragten Zeiträume anzugeben, die ausgeheilt sind, nicht behandelt wurden oder für unwesentlich gehalten wurden. Kurzfristige Erkältungen wie Husten oder Schnupfen müssen nicht angegeben werden, soweit dabei keine Mandel- oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden bitte angeben, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Wird eine Frage mit "Ja" beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich.

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

## 8. GRÖSSE UND GEWICHT

Größe

cm

Gewicht

kg

## 9. GESUNDHEITSFRAGEN 1 BIS 4

### Beschwerden/Krankheiten

Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate), Entwicklungsstörungen oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe behandelt wurden?

☐ Ja

☐ Nein

### Behandlungen/Untersuchungen bzw. Gesundheitsstörungen

Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen von Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe durchgeführt oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? Dazu zählen z. B. bestehende oder abgelaufene Virusinfektionen, Rheuma, Allergien oder Asthma.

☐ Ja

☐ Nein

### Zukünftige Behandlungen/Untersuchungen

Sind Behandlungen oder Untersuchungen durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe für die Zukunft angeraten?

☐ Ja

☐ Nein

### Medikamente/Drogen/Alkohol

Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol?

☐ Ja

☐ Nein

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

## 9. GESUNDHEITSFRAGEN 5 BIS 8

### Krankenhausaufenthalte und psychotherapeutische Behandlungen

Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?

☐ Ja

☐ Nein

### Geplante Krankenhausaufenthalte und psychotherapeutische Behandlungen

Sind Behandlungen oder Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?

☐ Ja

☐ Nein

### Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit

Besteht oder bestand eine Erwerbsminderung, eine Dienst-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, eine anerkannte Behinderung, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Pflegebedürftigkeit, oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt oder ist dies beabsichtigt?

☐ Ja

☐ Nein

### Fehlende Zähne

Fehlen Zähne außer Weisheitszähne, die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? Falls ja, bitte Anzahl angeben.

☐ Ja \_\_\_\_\_

☐ Nein

## 10. GESUNDHEITSFRAGEN 9 BIS 10

### Laufende Zahnersatzmaßnahmen

Finden derzeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) statt? Bei Ja gilt: Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.

☐ Ja

☐ Nein

### Geplante Zahnersatzmaßnahmen

Sind Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) für die Zukunft angeraten? Bei Ja gilt: Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.

☐ Ja

☐ Nein

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

## 11. GESUNDHEITSFRAGEN 11 BIS 12

### Parodontosebehandlungen

Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen oder -untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? Bei Ja gilt: Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.

☐ Ja

☐ Nein

### Kieferorthopädische Behandlungen

Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen oder Untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? Bei Ja gilt: Die Leistungspflicht entfällt für kieferorthopädische Behandlungen.

☐ Ja

☐ Nein

## 12. ERGÄNZENDE ANGABEN BEI JA-ANTWORTEN

Sollten einzelne Gesundheitsfragen mit "Ja" beantwortet werden, bitte nähere Angaben auf einem Zusatzblatt machen: Art der Beschwerden/Krankheiten, Zeitraum von/bis, krankhafter Befund vorhanden, folgenlose Ausheilung, weitere Behandlungen geplant und Arbeitsunfähigkeit von/bis.

### Kurzübersicht ergänzender Angaben

| Frage | Beschwerde / Diagnose | Zeitraum | Behandler | Status / Hinweise |
|-------|-----------------------|----------|-----------|-------------------|
|       |                       |          |           |                   |
|       |                       |          |           |                   |
|       |                       |          |           |                   |
|       |                       |          |           |                   |
|       |                       |          |           |                   |
|       |                       |          |           |                   |
|       |                       |          |           |                   |

# Fragebogen Private Krankenversicherung



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Angaben dienen der Angebotserstellung.

## 13. ANGABEN ZUM HAUSARZT UND ZAHNARZT

### Angaben zum Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Zahnarzt

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## 14. NOTIZEN / BESONDERE WÜNSCHE

Zusätzliche Angaben, gewünschter Versicherer oder Hinweise

## 15. ABSCHLIESSENDE HINWEISE UND BESTÄTIGUNG

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig gemacht wurden. Die endgültige Annahme und Beitragsberechnung erfolgt durch den Versicherer.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer