

KV-Erfassungsbogen zur Risikovorabfrage



Um Ihre Anfrage richtig einschätzen zu können, bitte wie Sie um eine genaue Beantwortung der gestellten Fragen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen können wir eine Vorabfrage nur dann stellen, wenn die Erklärung auch vom Ihnen unterschrieben ist.

Basisdaten:

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Angestellt seit:

Selbstständig seit:

Beamter bei Bund/Bundesland:

in Ausbildung

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kinder?

☐ nein ☐ ja , wie viele?

Nationalität:

Seit wann in Deutschland:

Wie hoch ist Ihr Einkommen (zur Krankentagegeldberechnung):

EURO

Berufliche Tätigkeit:

Branche:

Wo sind Sie aktuell versichert?

☐ GKV	_____	seit wann?	_____
☐ PKV	_____	seit wann?	_____
☐ nicht versichert	_____	seit wann?	_____

Ambulante Behandlung:

Selbstbehalt im Bereich	von _____ Euro	bis _____ Euro	☐ ja	☐ nein
Erstbehandlung durch Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner?			☐ ja	☐ nein
Sollen die Kosten für Behandlung beim Heilpraktiker mitversichert sein?			☐ ja	☐ nein
Sollen die Kosten für Behandlung für alternative Heilmethoden mitversichert sein?			☐ ja	☐ nein
Sollen die Kosten bis zum Höchstsatz der GOÄ versichert sein?			☐ ja	☐ nein
darüber hinaus?			☐ ja	☐ nein
Sind Ihnen weitere Leistungen, z.B. Psychotherapie, Hilfsmittel etc. besonders wichtig?			☐ ja	☐ nein

Stationäre Behandlung:

☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer ☐ Mehrbettzimmer

Sollen die Kosten bis zum Höchstsatz der GOÄ versichert sein?	☐ ja	☐ nein
darüber hinaus?	☐ ja	☐ nein
Soll gezielt ein europäisches Krankenhaus aufgesucht werden	☐ ja	☐ nein
Sollen die Arztkosten im Ausland in voller Höhe erstattet werden?	☐ ja	☐ nein

KV-Erfassungsbogen zur Risikovorabfrage

Zahnbehandlung/ Zahnersatz:

Zahnbehandlung einschl. professionelle Zahnreinigung Erstattung zu	zu _____%?	☐ ja	☐ nein
Zahnersatz Erstattung mindestens	mit _____%?	☐ ja	☐ nein
Sollen die Kosten bis zum Höchstsatz der GOZ versichert sein?		☐ ja	☐ nein
	darüber hinaus?	☐ ja	☐ nein
Kann eine Summenbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren bestehen?		☐ ja	☐ nein
Sollen Implantate erstattet werden?		☐ ja	☐ nein

Krankentagegeld:

Ab welchen Tagen soll das Krankentagegeld versichert werden?

ab dem _____ Tag	mit _____	Euro täglich
ab dem _____ Tag	mit _____	Euro täglich
ab dem _____ Tag	mit _____	Euro täglich

Pflegetagegeld:

Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung ist lediglich eine Teilabsicherung und reicht im Pflegefall nicht aus.
Deshalb empfehlen wir eine zusätzliche Absicherung von 1.500EURO monatlich.

Soll die Versicherung im Falle einer Pflege beitragsfrei gestellt werden?	☐ ja	☐ nein
Sollen bei einer stationären Pflege in allen Stufen 100% gezahlt werden?	☐ ja	☐ nein
Wünschen Sie eine andere Höhe?	Wenn ja, wieviel _____ Euro monatlich	☐ ja ☐ nein
Sollen die Beiträge über die gesamte Laufzeit garantiert sein?	☐ ja	☐ nein
Wünschen Sie auch Leistungen bei Pflegestufe 0?	☐ ja	☐ nein
Wünschen Sie besonders hohe Leistungen bei Demenz?	☐ ja	☐ nein

Gesundheitsfragen:

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine Risikoprüfung voraus. Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Gesundheitsfragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Wir werten die Angaben aus und klären das Risiko mit dem Versicherer. Dazu benötigen wir Ihre Unterschrift bzw. Ihr Einverständnis zur Datenübermittlung

Bei chronischen Erkrankungen benötigen wir noch zusätzliche Informationen, sogenannte Selbstauskünfte. In einzelnen Fällen kann es aber auch sein, dass der Versicherer noch weitere Unterlagen wie z.B. ärztliche Atteste oder Berichte der Krankenhäuser benötigt.

KV-Erfassungsbogen zur Risikovorabfrage

Fragen zum Gesundheitszustand:

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg
2. Haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche _____
3. Sind Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt beraten worden? ☐ ja ☐ nein
4. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? ☐ ja ☐ nein
- a) Herz, Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen) ☐ ja ☐ nein
- b) Blutgefäße (z.B. Hämorrhoiden, Krampfadern) ☐ ja ☐ nein
- c) Atmungsorgane (z.B. Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung) ☐ ja ☐ nein
- d) Verdauungsorgane (z.B. Gallensteine, Magen-/Darmrentzündung, Leber) ☐ ja ☐ nein
- e) Harn-oder Geschlechtsorgane (z.B. Myome, Zysten, Blase, Nieren) ☐ ja ☐ nein
- f) Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörungen ☐ ja ☐ nein
- g) Stoffwechsel (z.B. Diabetes, erhöhte Blutfette oder Harnsäure, Schilddrüsen) ☐ ja ☐ nein
- h) Blut (z.B. Gerinnungsstörungen, Anämie, Thrombosen) ☐ ja ☐ nein
- i) entzündliche Gelenkerkrankungen (z.B. Arthritis, Rheuma) ☐ ja ☐ nein
- j) Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, Tropenkrankheiten) ☐ ja ☐ nein
- k) Gehirn- oder Nervensystem (z.B. Epilepsie, Migräne) ☐ ja ☐ nein
- l) Psyche (z.B. Depressionen, Trennungsproblematik) ☐ ja ☐ nein
- m) Rücken (z.B. Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Skoliose, WS-Syndrom) ☐ ja ☐ nein
- n) Kniegelenke, Hüftgelenke, Schulter oder Bewegungsapparat ☐ ja ☐ nein
- o) Allergien (z.B. Heuschnupfen, Lebensmittel, Staub) ☐ ja ☐ nein
- p) Haut (z.B. Akne, Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme) ☐ ja ☐ nein
- q) Augen (z.B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung) ☐ ja ☐ nein
- r) Ohren (z.B. Tinnitus, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung) ☐ ja ☐ nein
5. Fanden in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-/Reha-behandlungen statt? ☐ ja ☐ nein
6. Wurden Sie jemals wegen einer Krebserkrankung behandelt? ☐ ja ☐ nein
7. Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja in welcher Woche _____? ☐ ja ☐ nein
8. Bestehen angeborene Beeinträchtigungen oder eine Behinderung? ☐ ja ☐ nein
9. Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen)? ☐ ja ☐ nein
10. Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung bzw. ist eine Behandlung angeraten? ☐ ja ☐ nein
11. Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheits-/Milchzähne)? ☐ ja ☐ nein

Nähere Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen:

Bitte Genaue Diagnose und Behandlungszeitraum angeben

KV-Erfassungsbogen zur Risikovorabfrage



Datenschutzerklärung:

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Der Kunde willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten, einschließlich der besonderen Kategorien personenbezogener Daten gem. Artikel 9 DSGVO (z.B. Gesundheitsdaten, Daten zur Religions-, Gewerkschafts-, Parteizugehörigkeit, rassischen und ethnischen Herkunft, zum Sexualleben und zur sexuellen Orientierung sowie genetische und biometrische Daten), sofern diese im Rahmen der Vertragsvermittlung und / oder der Vertragsdurchführung, zur Erfüllung der Maklertätigkeit notwendig sind, vom Makler bzw. den in dieser Einwilligungserklärung aufgeführten Dritten (siehe unten) verarbeitet werden dürfen.*

Der Kunde ist ferner damit einverstanden, dass der Makler Daten an Versicherer und Rückversicherer sowie an den nachfolgend aufgezählten Dritten übermitteln und von diesen empfangen kann. Dieses erfolgt im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen sowie der Abwicklung von Versicherungsverträgen. Soweit erforderlich, dürfen die Dritten die übermittelten Daten ebenfalls verarbeiten und an Versicherungsgesellschaften und den Versicherungsmakler übermitteln. Diese Datenübermittlung führt zu keiner Änderung der Zweckbestimmung.

Dritter im Sinne dieser Erklärung ist:

AMEX	ASC	FondsFinanz	Qualitypool GmbH	MAPWARE AG	
NAFI	MaxPool	Invers	easy Login	Tigon AG	Swiss Life AG
ConceptIF	Swiss Life	JUNG, DMS & Cie	Covomo	Digidor GmbH	VERSDIREKT

Der Kunde erklärt seine unbedingte und ausdrückliche Einwilligung zum direkten Datenaustausch zwischen dem bevollmächtigten Makler und den jeweiligen Versicherern sowie den in dieser Einwilligungserklärung aufgezählten Dritten.

Insbesondere ermächtigt er die Versicherer zur direkten Datenübermittlung an den o.g. Empfängerkreis.

Sollten sich bei den Dritten (weiteren Datenempfängern) nach Abgabe der Einwilligungserklärung Änderungen ergeben, können diese jederzeit auf der Webseite des Maklers eingesehen werden.

Der Kunde kann seine Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit form frei ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen.

Ein Widerruf der Einwilligung kann dazu führen, dass der Maklerauftrag nicht oder nicht mehr vertragsgemäß ausgeführt werden kann.

Ort, Datum	Unterschrift Kunde	Unterschrift Makler
------------	--------------------	---------------------