

Voranfrage Krankenversicherung / Seite 1/4

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

INOVEGA GmbH & Co. KG

Kiefernweg 1 • 86462 Langweid a. Lech

Tel.: 0821/4504852-0

Fax: 0821/4504852-1

info@inovega.de

http://www.inovega.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Krankenversicherung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Risikoprüfung <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung <input type="checkbox"/> ohne SoWa-Eintrag</p>
<p>1. Versicherte Person (VP)</p>	
<p>1.1. Name, Geburtsdatum und Geschlecht, usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p>Name: <input type="text"/> <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input type="text"/> Geburtsort: <input type="text"/> -land: <input type="text"/> Staatsangehörigkeit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> €</p>
<p>1.2. Angaben zum Beruf Status: Aktuell ausgeübter Beruf: Branche:</p>	<p><input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> selbständig <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>1.2.1. Nur bei Beamten: Weitere Angaben zur Beihilfe (Träger, Erstattungssätze usw.):</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.2.2. Nur bei Selbständigen: Anzahl der Sozialversicherungspflichtigen Angestellten:</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.3. Anzahl der Kinder (für Berechnung Pflegebeitrag)</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.4. Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>2. Ambulanter Tarfbereich</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>

2.1. Selbstbeteiligung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> € bis <input type="text"/> €
2.2. Selbstbeteiligung für Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> nur über ambulant
3. Tarifbereich Stationär	<input type="checkbox"/> entfällt
3.1. Ein-/Zweibettzimmer tarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.2. Mehrbettzimmer tarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.3. Privatarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Tarifbereich Dental	<input type="checkbox"/> entfällt
4.1. Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
4.2. Zahnersatz	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
4.3. Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
5. Krankentagegeld	<input type="checkbox"/> entfällt
5.1. 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
6. Zusätzliche Absicherungen	<input type="checkbox"/> entfällt
6.1. Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> € pro Tag
6.2. Kurtagegeld	<input type="text"/> € pro Tag
6.3. Kurkostenerstattung (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.4. Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.5. Kurkostenerstattung (Unterbringung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.6. Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> absolut: <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> prozentual: <input type="text"/> %
7. Tarifbereich Pflege	<input type="checkbox"/> entfällt
7.1. Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.2. Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pflegetagegeld
7.3. Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegegrad 5 (stationäre Unterbringung))	<input type="text"/> €
7.4. Leistungen auch bei Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.5. Leistungen auch bei Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Angaben zur Vorversicherung	<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung
8.1. Welche gleichartige Vorversicherung besteht, bestand oder wurden in den letzten Jahren 5 Jahren beantragt?	Gesellschaft <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
9. Gesundheitsfragen	
9.1. Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
9.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>
9.3. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
9.4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
9.5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>

Voranfrage Krankenversicherung / Seite 4/4

<p>9.6. 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>9.7. 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>9.8. Fehlen Ihnen Zähne?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wurden diese ersetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie? <input type="text"/> wenn nein, oder nicht vollständig, wieviele Zähne sind aktuell nicht ersetzt? Anzahl: <input type="text"/></p>
<p>10. Sonstige Hinweise, Bemerkungen:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <hr/> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev005 vom 05.02.2018</p>	