

Erfassungsbogen Krankenvollversicherung

Bitte vollständig ausfüllen - Grundlage für Beratung, Risikoanalyse und Angebotsaufbereitung.

0. Versicherungsbeginn / derzeitiger Versicherungsschutz

Versicherungsbeginn

Derzeit versichert

Aktueller Beitrag

Zahlweise

Aktuelle Gesellschaft / Kasse

Grund der Beratung

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

Mobil

E-Mail

Anzahl Kinder

Körpergröße (cm)

Geburtsdatum

PLZ / Ort

Telefon

Familienstand

Bundesland

Körpergewicht (kg)

2. Berufliche Stellung

Beruf

Berufsstatus

Bruttoeinkommen

Branche

Selbstständig seit

Nettoeinkommen

3. Zu berücksichtigende Personen

VN/VP - Name, Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis / Hinweis

Person 2 - Name, Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis / Hinweis

Person 3 - Name, Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis / Hinweis

4. Absicherungswunsch

Selbstbeteiligung

Heilpraktiker

GOÄ über 3,5-fach

Zahnersatz in %

Zahnreinigung

SB-Entfall bei Unfall?

Vorsorge / Impfungen

Optionstarif

Hochwertige Füllungen

Beitragsentlastung im Alter

Erfassungsbogen Krankenvollversicherung



Leistungswünsche, Gesundheitsfragen und Detailangaben

5. Stationär / Krankentagegeld

Stationäre Unterbringung

Krankenhaustagegeld

KTG Angestellte ab 43. Tag

Chefarztbehandlung

Kurtagegeld

KTG Selbstständige

6. Gesundheitsfragen

Frage	VN/VP	P2	P3
Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Implantate, Einschränkungen oder Pflegebedürftigkeit?			
Ambulante Untersuchungen, Behandlungen, OPs oder Kontrolluntersuchungen in den letzten 5 Jahren?			
Stationäre Untersuchungen, Behandlungen, OPs oder Kurmaßnahmen in den letzten 10 Jahren?			
Psychische / psychosomatische Behandlung, Therapie, Beratung oder Untersuchung in den letzten 10 Jahren?			
Fehlsichtigkeit?			
Sterilität, Infertilität oder Behandlung/Beratung wegen unerfülltem Kinderwunsch?			
Behinderung, chronische Erkrankung, Minderung Erwerbsfähigkeit, Dienst-/Berufsunfähigkeit?			
Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. regelmäßige Einnahme?			
HIV-Infektion festgestellt oder HIV-Test angeraten / Ergebnis ausstehend?			
Fehlende Zähne außer Weisheitszähne, nicht ersetzt und ohne Lückenschluss?			
Zahnbetterkrankung, Zahnfehlstellung, Kieferanomalie oder Knirscherschiene?			
Anzahl ersetzter / überkronter Zähne / Inlays / Onlays / herausnehmbarer Zahnersatz?			
Wann erfolgte Zahnersatz / Überkronung?			

Erfassungsbogen Krankenvollversicherung



Detailangaben, Hinweise und Abschluss

7. Detailangaben Gesundheitsfragen

Pers.	Frage	Diagnose / Beschwerden	Behandlung / Therapie	Zeitraum	Folgen / Befund

8. Weitere Informationen

Kinderwunsch / Besonderheiten / Hinweise

Beratungsziel / Beratungsdokumentation

9. Unterschrift

Ort / Datum

Unterschrift