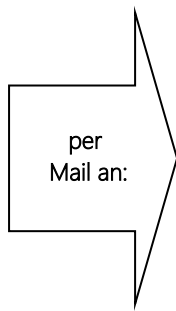


Private Krankenversicherung

RISIKOVORANFRAGE

Vermittler:	
VP-Nummer:	
Tel.: / Fax:	
E-MAIL:	



krankenversicherung@qualitypool.de

KUNDE

Herr Frau

Name: _____ Geb. am: _____

Str./H-Nr.: _____

PLZ /Ort: _____

Beruf: _____

Beamter / öffentlicher Dienst: ja nein

Berufsstatus: angestellt selbständig

Geordnete wirtschaftliche Verhältnisse: ja nein

TARIFVORGABEN

Beginn: _____

Ambulant Selbstbehalt: ohne SB SB von _____ bis _____ EUR

Stationär Unterbringung: 1-, o. 2-Bett-Zi. 2-Bett-Zi. Mehrbett-Zimmer

Zahn Behandlung _____ % Ersatz _____ % KFO _____ %

KT in Höhe von: ja _____ EUR pro Tag
Karenz: _____ Tage

KHT in Höhe von: ja _____ EUR pro Tag

Vorversicherung _____

VORANFRAGEN KÖNNEN NUR IN FOLGENDEN BEREICHEN BEARBEITET WERDEN:
KV-Voll, Pflege-Tagegeld, stationäre Zusatzversicherung

GESELLSCHAFTEN

bereits angefragte Gesellschaften:

gewünschte Gesellschaften:

Private Krankenversicherung

RISIKOVORANFRAGE

GESUNDHEITSERAGEN

		Körpergröße: _____ cm	Gewicht: _____ kg	
1	Haben in den letzten Jahren ambulante Untersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen), Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe stattgefunden? In welchem Zeitraum fanden die Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> letzten 3 Jahre	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> letzten 5 Jahre	
2a	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Beschwerden und Unfallfolgen die nicht behandlungsbedürftig sind bzw. behandlungsbedürftig waren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2b	Besteht eine Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
3	Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (z.B. Zahnärzte, Heilpraktiker) angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
4	Fanden in den letzten Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder Heilstätte statt? In welchem Zeitraum fanden die Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> letzten 5 Jahre	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> letzten 10 Jahre	
5	Sind Behandlungen/Untersuchungen oder Operationen in einem Krankenhaus, einer Kureinrichtung oder ähnlichem angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
6	Wird eine Sehhilfe getragen oder benötigt? Dioptrien: _____ li. _____ re.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
7	Erfolgte in den letzten Jahren eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, bzw. ist eine Behandlung angeraten oder beabsichtigt? Wann erfolgte die Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> letzten 3 Jahre	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> letzten 5 Jahre <input type="checkbox"/> letzten 10 Jahre	
8	Besteht eine anerkannte Behinderung oder eine Anomalie? Bei „Ja“ bitte Kopie des Anerkennungsbescheides.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
9	Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Arzneimittel, Drogen oder Betäubungsmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
10	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) oder eine Hepatitis festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
11	Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> Ja Woche: _____	<input type="checkbox"/> Nein	
12	Wann erfolgte die letzte Zahnarztbehandlung bzw. Untersuchung? Grund der Behandlung / Untersuchung?	Monat _____ Jahr _____ Grund: _____		
13	Wie viele Zähne – außer den Weisheitszähnen – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden?	Anzahl: _____		
14	Wie viele Zähne sind ersetzt bzw. überkront? Ist der vorhandene Zahnersatz, bzw. Kronen älter als 10 Jahre? (Wenn ja, ist bei Antragstellung ein aktueller zahnärztlicher Befundsbericht notwendig.)	Überkront: _____ Ersetzt: _____ <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
15	Besteht eine Zahnbetterkrankung oder eine Zahnfehlstellung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
16	Werden derzeit Zahnbehandlungen oder Behandlungen zur Zahn- und Kieferregulierung, wegen Parodontose oder Zahnersatz durchgeführt, oder sind solche notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Private Krankenversicherung

RISIKOVORANFRAGE

WEITERE ANGABEN

Wenn eine der **Fragen 1 – 6** mit "Ja" beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen.
Bei Vorsorgeuntersuchung bitte Befund angeben.

zur Frage	Art der Gesundheitsstörungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kur, Arzneimitteleinnahme, Untersuchungsergebnisse, Fremdkörper nach Operationen		Operationen		Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt	Name und Anschrift des Heilbehandlers, bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt	Liegt völlige Ausheilung vor?	
	Nr.:	Art der körperlichen oder geistigen Fehler oder Pflegebedürftigkeit	von wann bis wann aufgetreten	Ja, wann			Nein	Ja seit wann

DATENSCHUTZKLAUSEL

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, einschließlich derer besonderer Kategorien wie Gesundheitsdaten, zur Bearbeitung und zum Zwecke der Erlangung des gewünschten Versicherungsschutzes von der Qualitypool GmbH, Hansestraße 14, 23558 Lübeck, Ihrem Dienstleister im Bereich der Datenverarbeitung (Volz Vertriebsservice GmbH, Birkenweg 4, 88250 Weingarten), sowie von den angefragten Versicherungsgesellschaften verarbeitet, gespeichert und genutzt werden dürfen.

Die Daten werden gelöscht, sobald Sie zu dem obigen Zweck nicht mehr benötigt werden.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer und kann jederzeit formfrei widerrufen werden.

Der Widerruf ist an die Qualitypool GmbH zu richten.
 Telefon: 0451 - 14087878
 Telefax: 0451 - 14087876
 Mail: krankenversicherung@qualitypool.de

Datum: _____

Unterschrift Vermittler: _____

Unterschrift Kunde: _____