



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Atlantic Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mbH
 Versicherungsmakler
 Wandsbeker Zollstraße 5 • 22041 Hamburg
 Tel.: 040 / 688 60 60
 Fax: 040 / 688 60 626
 info@atlantic-versmkl.de
 http://www.atlantic-versmkl.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 HiS-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><input type="text"/> <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> € Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/></p>
<p>1.2. Anzahl der Kinder (für Berechnung Pflegebeitrag)</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>1.3. Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>2. Ambulanter Tarifbereich</p>	
<p>2.1. Selbstbeteiligung</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> € bis <input type="text"/> €</p>
<p>2.2. Selbstbeteiligung für Kompakttarife</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> nur über ambulant</p>
<p>3. Tarifbereich Stationär</p>	
<p>3.1. Ein-/Zweibettzimmertarife</p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>3.2. Mehrbettzimmertarife</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>3.3. Privatarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>



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 Pflegestufe 3 (stationäre Unterbringung))	<input type="text"/> €
7.4. Leistungen auch bei Pflegestufe 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.5. Leistungen auch bei Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Angaben zur Vorversicherung	<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung



<p>8.1. Welche gleichartige Vorversicherung besteht, bestand oder wurden in den letzten Jahren 5 Jahren beantragt?</p>	<p>Gesellschaft <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p>9. Gesundheitsfragen</p>	
<p>9.1. Körpergröße und Gewicht</p>	<p><input type="text"/> cm <input type="text"/> kg</p>
<p>9.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bei welcher? <input type="text"/></p>
<p>9.3. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>9.4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>9.5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche + Details? <input type="text"/></p>
<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? <input type="text"/></p>
<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>



10. Sonstige Hinweise, Bemerkungen:

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Interne Notizen

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

- telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
- persönliche Besprechung
- im Maklerbüro beim Kunden
-