



Risikovorfrage Krankenversicherung

- Krankheitskostenversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- Pflegeversicherung

GS _____

Vermittler(in)-Nr. _____

Risikovorfrage

Die Risikovorfrage gilt nicht als Antrag. Sie dient zur Abklärung der Versicherbarkeit vor Antragstellung. Es kommt kein rechtswirksamer Vertrag zustande.

Bitte ergänzen Sie die Angaben zur zu versichernden Person, zum Versicherungsbeginn, zum Versicherungsschutz, zum bisherigen Versicherungsschutz und die Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person.

Unsere Einschätzung gilt vorbehaltlich des noch einzureichenden Antrages. Bei Beantragung bitte Antrag komplett ausgefüllt einreichen. Es gelten die dort gemachten Angaben.

Zu versichernde Person

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

Herr Frau

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Berufl. Tätigkeit/ Branche (genaue Bez.) _____ Familienstand _____

Liegt der gewöhnliche Aufenthalt der zu versichernden Person seit mindestens 3 Jahren in Deutschland? Ja Nein (Bitte FR PP-263 einreichen)

Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes geplant? Ja Nein (Wenn Ja, bitte FR PP-204 einreichen)

Versicherungsbeginn

Versicherungsbeginn _____ 1. _____

Versicherungsschutz

Private Krankheitskostenversicherung als Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung

PURISMA® MAX, Selbstbehalt _____ PURISMA® PRO, Selbstbehalt _____ PURISMA® RELAX, Selbstbehalt _____

VSB 100/300 MVS 100, Selbstbehalt _____ BVR/BZZ/BZE/BZ _____

Zusatzversicherung

ZSW ZSWR-OPT ZAZ HUMANIS® ZP06 HUMANIS® Tagegeld ZPPT _____

Krankentagegeldversicherung

KT ab _____ Tag/ _____ EUR FKT ab _____ Tag/ _____ EUR MKT ab _____ Tag/ _____ EUR _____

Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH ab KT-Höhe von 120 Euro täglich oder bei Karenzstufen unter 43 Tagen:

Durchschnittlicher monatlicher Nettoverdienst der letzten 12 Monate _____ EUR

Für Selbstständige/Freiberufler ab KT-Höhe von 60 Euro täglich oder bei Karenzstufen unter 29 Tagen:

Seit wann wird die berufliche Tätigkeit/ das selbstständige Gewerbe ausgeübt? _____

Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit _____ EUR

Erwartetes durchschnittliches Nettoeinkommen der kommenden 12 Monate* _____ EUR

*Nur beantworten wenn ein höheres Krankentagegeld als das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate beantragt werden soll.

Bisheriger Versicherungsschutz

Bestehende oder innerhalb der letzten 3 Jahre beantragte und beendete gesetzliche oder private Kranken- oder Pflegeversicherungen (auch Krankentagegeld-, Krankenhausgeld- und Zusatzversicherungen):

Versicherungsgesellschaft/ Krankenkasse	Art und Umfang der Versicherung mit Angabe der Tagegeldhöhen	Besteht seit	Endet zum	Beantragt am	Wurde ein Antrag abgelehnt A oder zurückgestellt Z ? Wurde ein Risikozuschlag R oder ein Leistungsausschluss L vereinbart oder gefordert? A Z R L Grund
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____

Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person

Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zur Risikovorabfrage vorzunehmen sowie nachstehend auf dieses Beiblatt zu verweisen.

1. Größe und Gewicht		cm	kg
2. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen oder stationäre Behandlungen, Aufenthalte in einem Krankenhaus, Sanatorium oder in einer anderen Krankenanstalt statt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Grund?	Befund?
		Dauer: von/bis?	Wo? (Anschrift)
		Ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann?	
		OP-/KH-Bericht ist beigefügt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler (Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen) statt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Grund?	Befund?
		Dauer: von/bis?	Durch wen? (Anschrift)
		Ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann?	
4. Wurde in den letzten 3 Jahren eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung angeraten und noch nicht oder noch nicht abschließend durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
		Durch wen? (Anschrift)	
5. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler statt im Bereich der Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
		(Wenn ja, bitte FR PP-255 einreichen)	
6. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung oder Beratung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Grund?	Befund?
		Dauer: von/bis?	Durch wen? (Anschrift)
7. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler statt wegen einer bösartigen Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	Wann?
		Art der Behandlung?	Dauer: von/bis?
			Wo? (Anschrift)
8. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler statt wegen chronischen (immer wieder auftretende) Erkrankungen der Atmungsorgane: Asthma bronchiale, chronische obstruktive Bronchitis, Allergien; der Haut: chronische Dermatitis, Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), Allergien; des Bewegungsapparates: chronische Arthritis, Arthrose, Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Morbus Bechterew, Fibromyalgie; der Nerven: Multiple Sklerose, Epilepsie, Einschränkungen in der Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit; der Verdauungsorgane: chronische Gastritis, chronische Hepatitis, chronische Pankreatitis, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zystenleber; sonstige: Diabetes mellitus, Tinnitus, chronische Nierenerkrankungen, Zysteniere?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	Wann?
		Art der Behandlung?	Dauer: von/bis?
			Wo? (Anschrift)
9. Wurden in den letzten 6 Monaten von Heilbehndlern Arzneimittel verordnet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	Einnahme: von/bis?
		Grund?	
10. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
11. Bestehen festgestellte Fehlstellungen, Fehlbildungen hinsichtlich Größe, Lage, Form, Anzahl (auch durch Amputationen oder andere Operationen) oder Funktionsbeeinträchtigungen von Extremitäten, anderer Körperteile oder von Organen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
		Seit wann?	
12. a) Werden Hilfsmittel (Bandagen, Hörhilfen, Stützapparate, orthopädische Schuhe und Einlagen, Prothesen oder Sehhilfen) verwendet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
		Bei Sehhilfen: Dioptrien rechts:	links:
b) Besteht ein Invaliditätsgrad?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Grad: %	Wenn ja, Invaliditätsbescheid mit Diagnoseteil einreichen.
c) Bezog, bezieht oder beantragte die zu versichernde Person Rente aus gesundheitlichen Gründen oder ist sie als Schwerbehinderter anerkannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Wenn ja, Renten- und Schwerbehindertenbescheid mit Diagnoseteil einreichen.
13. Fanden wegen unerfülltem Kinderwunsch Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wann?	
		Durch wen? (Anschrift)	
14. Wurde eine Schwangerschaft festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
15. Hat die zu versichernde Person einen Heilbehandler (z. B. Hausarzt, aber auch sonstige Heilbehandler), den sie üblicherweise konsultiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, vollständige Anschrift:	
Nur zu beantworten, wenn Versicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen beantragt wird:			
16. a) Fanden in den letzten 3 Jahren zahnärztliche Behandlungen oder Untersuchungen statt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Durch wen? (Anschrift)	
b) Bei Personen über 10 Jahren: Fehlen natürliche Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt wurden, auch nicht durch Lückenschluss?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anzahl fehlender Zähne:	
c) Wurden Zähne – mit Kronen oder Teilkronen versorgt einschließlich der Kronen/Teilkronen zur Verankerung von Brücken? – durch Brücken und/oder eine Voll- oder Teilprothese ersetzt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anzahl so versorgter Zähne:	davon innerhalb der letzten 5 Jahre:
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anzahl so ersetzter Zähne:	davon innerhalb der letzten 5 Jahre:
d) Wurden Zähne durch Implantate ersetzt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anzahl so ersetzter Zähne:	davon innerhalb der letzten 5 Jahre:
e) Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	
		Durch wen? (Anschrift)	
f) Wurde die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Zahn- oder Kieferregulierung oder eine sonstige zahnärztliche Behandlung in den letzten 3 Jahren angeraten und noch nicht oder noch nicht abschließend durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche?	Wenn ja, Heil- und Kostenplan mit einreichen.
		Durch wen? (Anschrift)	
g) Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Wenn ja, Heil- und Kostenplan mit einreichen.