

Fragen zur Antragsvorprüfung / Rückfax: 07000 38 44 66 9
oder per Mail an: hennig@online-pkv.de

Sehr geehrter Interessent,

mit diesem Voranfragebogen möchte ich Ihnen die Antragstellung zu Ihrer Privaten Krankenversicherung und/ oder Berufsunfähigkeitsabsicherung etwas erleichtern. Bitte füllen Sie den Fragebogen so weit als möglich aus und lassen mir diesen per Mail oder Fax zukommen.

Sollten Sie Befundberichte, Entlassungs- oder Operationsberichte haben, so senden Sie mir diese bitte als Anlage ebenfalls zu. Bei vorhandenen Allergien oder Rückenerkrankungen finden Sie auf meiner Internetseite unter der Adresse <http://www.online-pkv.de/downloads> weitere Fragebögen, welche Sie gern vorab ebenfalls ausfüllen können.

Bei Bedarf sende ich Ihnen diese jedoch auch gern zu, nachdem ich einschätzen kann, welche Fragebögen genau benötigt werden.

Sind in einer Frage mehrere Zeiträume zum ankreuzen möglich, verwenden Sie bitte (wenn nicht anders besprochen) den längsten Zeitraum.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Sven Hennig

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Wo waren Sie bisher versichert, wie lange? (Haben Sie keine Versicherung geben Sie bitte an seit wann!)

Besteht, bestand oder wurde in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Versicherungsarten beantragt?

*(GKV) Gesetzliche KK, (PKV) Private Krankenvers., (Pflege) Pflegepflichtvers., (KHT) Krankenhaustagegeld, (KTG) Krankentagegeld

<u>GKV*</u>	<u>PKV*</u>	<u>Pflege*</u>	<u>Gesellschaft/Kasse</u>	<u>von</u>	<u>bis</u>	<u>mit KHT*</u>	<u>mit KTG*</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Machen Sie bitte die folgenden Angaben zur Gesundheit so sorgfältig wie möglich und geben Sie die Anschriften der Behandler an. (Lautet die Antwort nein, bitte in den Zeilen „NEIN“ eintragen, Reicht der Platz nicht aus legen Sie ein Beiblatt bei und beziehen sich bitte auf die Frage. Bitte vermerken Sie dann „siehe Beiblatt“)

- 1.) Bestehen zur Zeit oder bestanden in den letzten 3/ 5 Jahren Beschwerden, Krankheiten, chronische Leiden, Verletzungen, Krankheits- oder Unfallfolgen, Tumorerkrankungen, Allergien, organische oder körperliche Fehler? **Genaue Bezeichnung der Erkrankung, Wie und wann behandelt? Seit wann beschwerdefrei?**

JA -----

Fragen zur Antragsvorprüfung / Rückfax: 07000 3844669

2.) Besteht oder bestand Arbeitsunfähigkeit? Warum und wie lange?

JA

3.) Bestehen dauernde Schäden, Behinderungen, Krankheitsfolgen (Metall im Körper)? (bitte OP Bericht etc. beilegen)

JA

4.) Sind Sie in den letzten 5/ 10 Jahren in Krankenhäusern od. sonst. Heilstätten stationär untersucht behandelt worden? **Genau Bezeichnung der Erkrankung, Wie und wann behandelt? Seit wann beschwerdefrei?**

JA

5.) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren ambulant operiert? **Genau Bezeichnung der Erkrankung, Wie und wann behandelt? Seit wann beschwerdefrei?**

JA

6.) Wurde in den letzten 3/ 10 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt? (**Bitte Abschlussbericht des Behandlers beilegen, Anzahl der Sitzungen und Art der Therapie bitte angeben!**)

JA

7.) Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt? JA NEIN Wann? _____

8.) Werden od. wurden in den letzten 3/ 5 Jahren *regelmäßig* Medikamente eingenommen oder verordnet? (**Bitte geben Sie auch Medikamente zur Vorsorge etc. an, bitte Namen, Dosis und Behandlungsdauer**)

JA

9.) Besteht eine Schwangerschaft? **Wenn Ja in welcher Woche? Bisherige Komplikationen?**

JA

10.) Besteht eine Sterilität oder Infertilität? **Wenn Ja, wie bisher behandelt? Besteht Kinderwunsch?**

JA

11.) Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe? Brille oder Kontaktlinsen? **Wenn Ja mit welcher Stärke, sind Behandlungen geplant?**

JA

12.) Werden sonstige Hilfsmittel verwendet (Hörgeräte, Prothesen u. ä.)?

JA

13.) Sind ambulante oder stationäre Behandlungen beim Arzt oder Heilpraktiker, Untersuchungen, Kuren angeraten oder beabsichtigt?

JA

Fragen zur Antragsvorprüfung / Rückfax: 07000 3844669

14.) Erfolgt derzeit eine zahnärztliche Behandlung oder sind solche Maßnahmen **angeraten** oder beabsichtigt?

JA

15.) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähne - im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? **Wie viele Zähne fehlen? Welche (oben, unten, links, rechts oder Nummer des Zahnes?) Seit wann?**

JA

16.) Besteht Zahnersatz (z. B. Kronen, Implantate, Brücken, Prothesen)?

JA Es bestehen derzeit ____ Kronen (Alter: ____), ____ Brücken (Alter: ____),
____ Implantate (Alter: ____)

17.) Bestehen Zahn(bett)erkrankungen (Parodontose), gibt es schadhafte / sanierungsbedürftige Zähne oder Zahnersatz oder liegt eine Zahnfehlstellung vor?

JA

18.) Waren Sie in den letzten 3/ 5 Jahren beim Zahnarzt? **Was wurde behandelt?**

JA

19.) Werden zur Zeit kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt bzw. sind solche angeraten? **Falls JA bitte einen aktuellen Heil- und Kostenplan beilegen.**

JA

Um den Antrag für sie so weit als möglich vorbereiten zu können, geben Sie uns bitte nachstehende Angaben:

Arbeitgeber/ bei Selbstständigen Firma, mit Anschrift:

Bei geplantem Abschluss von Krankentagegeld:

Nettoeinkommen oder Gewinn (bei Selbstständigen): _____ EUR

Brutto pro Jahr: _____ EUR

Besteht eine Absicherung gegen Berufsunfähigkeit (wegen der Abstimmung des Krankentagegeldes auf die BU)?

JA Gesellschaft: _____ Tarif: _____

Monatliche Rentenhöhe bei BU: _____ EUR

Bankverbindung: Kto. _____, BLZ: _____, Bank: _____

Versicherungsbeginn soll am: _____ sein.

Die Angaben auf diesem 3-seitigen Fragebogen habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe dem Makler/ Berater, also der S.H.C. GmbH, Hr. Sven Hennig, keine sonstigen Angaben zum Gesundheitszustand gemacht, die hier nicht eingetragen sind.

Dem Fragebogen lege ich _____ Seiten an Befunden, Arztberichten oder weiteren Unterlagen bei:
(Falls keine Anlagen vorhanden, bitte „keine“ oder „0“ eintragen)