

## KV-Angebotsanfrage

**Kundendaten:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Selbständig      Angestellt      Beamter      Sonstige: \_\_\_\_\_

Name der aktuellen Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Tarife der aktuellen Gesellschaft: \_\_\_\_\_

**Beitrag der aktuellen Gesellschaft inkl. Pflege Pflichtversicherung u. gesetzlicher Zuschlag:**

\_\_\_\_\_ **Euro**

Besondere gesundheitliche Merkmale: z.B. chronische Erkrankungen etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gewünschte Leistungen:**

	Vollversicherung	Zusatzversicherung
Selbstbeteiligung:	ja    Höhe: _____	nein
Heilpraktiker:	ja	nein
1-2 Zimmer/Chefarzt:	ja    1-Bett    2-Bett	nein
Verdienstausfall:	ja    Tag/Höhe: _____	nein
Krankenhaustagegeld:	ja    Höhe: _____	nein
Zahnersatz:	ja    Höhe: _____	nein
Pflegezusatz:	ja    Höhe: _____	nein
Beitragsreduzierung im Alter:	ja    Höhe: _____	nein

**Mitarbeiter (Angebot senden an):**

Name, Vorname	e-mail:
Tel.: / Mobil	Fax:

## KV-Risikovorfrage

### Kundendaten:

Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ gewünschter Tarif: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsangaben:

1. Körpergröße / Körpergewicht: \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg
2. Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen stattgefunden? ja / nein
3. Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Kuraufenthalte oder Psychotherapien stattgefunden? ja / nein
4. Liegt eine BU oder EU vor? (ggf. Bescheid beilegen) ja / nein
5. Sind derzeit ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlungen vorgesehen? ja / nein
6. Bestehen sonstige –auch chronische- Krankheiten (z.B. Allergien, Virusinfektionen, Rheuma, Unfallfolgen, Anomalien etc.)? ja / nein
7. Wieviel natürliche Zähne fehlen und sind noch nicht ersetzt? (außer Milchzähne –und Weisheitszähne) ja / nein  
Anzahl: \_\_\_\_\_
8. Sind Zähne ersetzt oder überkront? ja / nein  
Anzahl: \_\_\_\_\_

zu Frage	Diagnoseangaben	Behandlung von / bis	ausgeheilt ja / seit	Nein

### Sonstiges:

1. Wurde der Versicherungsvertrag wegen Nichtzahlung gekündigt? ja / nein
2. Gibt es Negativeinträge in der Schufa, Creditreform, etc.? ja / nein
3. Besteht oder bestand eine Vorversicherung? ja / nein

Bitte reichen Sie sämtliche Unterlagen die für die Risikobeurteilung wichtig sind im Vorfeld mit ein. Eine endgültige Beurteilung und evtl. Annahme kann erst mit dem Antrag der jeweiligen Gesellschaft und deren Annahmerichtlinien erfolgen.

### Mitarbeiter (Angebot senden an):

Name, Vorname	e-mail:
Tel.: / Mobil	Fax: