

Erfassungsbogen

Private Krankenversicherung

Angaben zum Poolpartner – Bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name des Poolpartners (bei Firmen bitte Ansprechpartner benennen)		Poolpartner/Vermittler-Nr.	
Telefon	Fax	E-Mail	
Folgetermin	Uhrzeit	Mobil	

Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname	Titel		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	Wenn verheiratet: Ist Ihre Frau/Ihr Mann berufstätig?		
Straße/Hausnummer				<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
PLZ	Ort	Bundesland		<input type="checkbox"/> privatversichert	bei _____		
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche				Name, Vorname des Ehepartners			
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> sonstiges (z. B. Student)				Geburtsdatum			
Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer oder Angehöriger eines Gesellschafters bzw. Unternehmers der Firma? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
				Vorname Kind 1			
				Geburtsdatum			
				Vorname Kind 2			
				Geburtsdatum			

Persönliche Daten der versicherten Person

Name, Vorname	Titel		Ausbildungsziel	
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Adresse (falls abweichend)		Jahreseinkommen		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		brutto _____		netto _____
Derzeitige berufliche Tätigkeit/Ausbildung/Branche		Personalverantwortung für / Anzahl der Mitarbeiter _____ Personen		
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> angest. ö. D.		Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz _____ %		
<input type="checkbox"/> selbstständig seit _____		Anteil der körperlichen Tätigkeit _____ %		
<input type="checkbox"/> freiberuflich seit _____		Sonstige Tätigkeit _____ Art _____ %		
<input type="checkbox"/> Anspruch auf Heilfürsorge <input type="checkbox"/> berücks. Angehöriger		Wie sind Sie im Moment versichert?		
<input type="checkbox"/> Beamter beim <input type="radio"/> Bund <input type="radio"/> Land _____		<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> nicht versichert seit _____		
Beihilfeanspruch in % _____ Amb./Zahn _____ Stat. _____		<input type="checkbox"/> privat Voll <input type="checkbox"/> privat Zusatz		
Bei Beantragung von Ausbildungstarifen:		Gesellschaft _____ Seit wann? _____		
<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Beamtenanw./Ref.		Momentane Tarife _____		
Dauer der Ausbildung/des Studiums von _____ bis voraussichtlich _____		Höhe Krankentagegeld _____ ab Tag _____ momentaner Gesamtbeitrag (inkl. Pflege) _____		
		Geplanter bzw. gewünschter Versicherungsbeginn _____		

Leistungswünsche

Möchten Sie <input type="checkbox"/> 1- oder <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung	Weitere Leistungen _____	
oder Mehrbettzimmer analog gesetzlicher Krankenversicherung? <input type="checkbox"/>	Gibt es eine Gesellschaft für die Sie sich besonders interessieren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sind Heilpraktikerleistungen für Sie wichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____	
Wünschen Sie eine ergänzende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Höhe des gewünschten Krankentagegeldes/Lohnfortzahlung _____ €	
Wünschen Sie eine ergänzende Absicherung bei schweren Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ab <input type="checkbox"/> 22. Tag <input type="checkbox"/> 29. Tag <input type="checkbox"/> 43. Tag _____ Tag	
Ist eine Selbstbeteiligung zur Beitragssenkung für Sie interessant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Höhe des gewünschten Krankenhaustagegeldes? _____ €	
Welche Summe pro Jahr können Sie sich vorstellen? _____ €	Ist Ihnen eine Beitragsreduzierung im Alter wichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Auf welche Leistungen legen Sie besonderen Wert? _____	Was sind Sie bereit, insgesamt für ihre Absicherung aufzuwenden? _____ €	

Erfassungsbogen

Private Krankenversicherung

Gesundheitsfragen

Falls eine der folgenden Fragen mit ja beantwortet wird, bitte zwingend den Ergänzungsbogen ausfüllen!

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Körpergröße und Körpergewicht | 1. Person
Name _____
_____ cm _____ kg | 2. Person
Name _____
_____ cm _____ kg |
| 2. Bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art, die in den letzten 10 Jahren ärztlich festgestellt wurden (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit oder wurde eine Implantatversorgung (keine Zahnimplantate!) durchgeführt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden), Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 4. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten, Masseuren oder anderen Heilbehndlern statt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Beobachtungen, Operationen oder Therapien statt (z.B. im Krankenhaus, Sanatorium, Kurklinik oder andere Heilstätte) oder sind solche angeraten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 6. Fanden in den letzten 10 Jahren psychotherapeutische, psychiatrische, psychosomatische oder Suchtberatungen, Untersuchungen, Behandlungen oder Gesprächstherapien statt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 7. Besteht eine Fehlsichtigkeit bzw. benötigen Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja dpt _____ li _____ re | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja dpt _____ li _____ re |
| 8. Besteht eine Sterilität bzw. wurden ärztliche Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern durchgeführt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 9. Besteht eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder (Schwer)-Beschädigung? Wenn ja, bitte Anerkennungsbescheid mit der Bezeichnung und dem Grad der Behinderung beifügen. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 10. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren regelmäßig Alkohol oder Drogen konsumiert oder bestand Abhängigkeit? Bitte geben Sie Art und Menge an. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente (auch Salben, Tropfen, Spritzen) mindestens 10 Tage eingenommen oder angewandt? Gilt auch für nicht ärztlich verordnete Medikamente. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 12. Wurde jemals eine HIV-Infektion/Aids, Hepatitis C oder ein bösartiger Tumor festgestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 13. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Woche | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Woche |
| 14. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation – stationär oder ambulant – bei Ärzten, Heilpraktikern, Heilbehndlern, Zahnärzten oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt bzw. finden solche zur Zeit statt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 15. Fehlen natürliche Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Vollständiger Lückenschluss und Weisheitszähne gelten nicht als fehlend.) Bitte Anzahl angeben. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ fehlen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ fehlen |
| 16. Besteht eine Zahnbetterkrankung, Zahn- oder Kieferfehlstellung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 17. Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront (auch provisorisch oder herausnehmbar)? | _____ ersetzt _____ überkront | _____ ersetzt _____ überkront |
| 18. Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung? | _____ Monat _____ Jahr | _____ Monat _____ Jahr |
| 19. Wann erfolgte der letzte Zahnarztbesuch? | _____ Monat _____ Jahr | _____ Monat _____ Jahr |
| 20. Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja täglich _____ St. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja täglich _____ St. |

sonstiges

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich: Ich entbinde hiermit alle Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte usw.) und Angehörigen von Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, die mich in den letzten fünf bzw. zehn Jahren untersucht, behandelt oder sonstwie beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Ich erteile der Jung, DMS & Cie. AG, Kormoranweg 1, 65201 Wiesbaden, sowie in Zusammenhang mit dieser Anfrage betraute Unternehmen, die Erlaubnis, alle zum Abschluss eines Versicherungsvertrags erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen. Darüber hinaus ermächtige ich Jung, DMS & Cie., im Bedarfsfall über

mich Auskünfte bei Wirtschafts-/Schuldnerauskunfteien einzuholen. Ich bin damit einverstanden, dass oben gemachte Angaben und Daten zur Erfassung und späteren Vertragsdurchführung gespeichert und verarbeitet werden.

_____ Datum _____ Ort
 _____ Unterschrift