

\_\_\_\_\_  
Vermittlername

\_\_\_\_\_  
Vermittlernummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Datum

Eingang

## Risikovorabanfrage - Krankenversicherung

### Angaben Versicherungsnehmer

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Berufsgruppe:  angestellt  selbstständig  Beamter  Hausfrau  Student  Schüler

### Versicherte Person (falls nicht VN)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ m w Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Berufsgruppe \_\_\_\_\_

## Gewünschte Absicherung

**Bitte beachten Sie, dass eine Vorabprüfung nur auf Grundlage von vollständig und richtig ausgefüllten Formularen erfolgen kann. Eine anonyme Prüfung kann generell nicht durchgeführt werden!**

KV-Voll oder  KV-Zusatz **Beginn:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ambulant:  mit SB \_\_\_\_\_ €  ohne SB  Primärarzttarif gewünscht

Stationär:  Mehrbettzimmer  2-Bettzimmer/ Chefarzt  1-Bettzimmer/ Chefarzt

Zahn: \_\_\_\_\_% Mindesterstattung für Zahnersatz

Krankentagegeld: ab \_\_\_\_ . Tag: \_\_\_\_\_ €

## Grund der Anfrage

- Beruf
- Hobby/ Freizeit
- Auslandsaufenthalt

Genauere Angaben:

Gesundheitszustand

**Bitte genaue Angaben machen und sämtliche verfügbaren Unterlagen wie Arztberichte, Atteste, Krankenhausentlassungsberichte etc. beifügen!**

Gesundheitsangaben:            Größe: \_\_\_\_\_cm    Gewicht: \_\_\_\_\_kg

Art der Erkrankung	Dauer der Erkrankung	Behandlung/ Medikamente (Dosis)	Ausgeheilt Ja / Nein

**Besondere Anforderungen an den Versicherungsschutz/ Sonstige Bemerkungen**