

Ausführliche Bedarfsanalyse + Risikoprüfung

Für eine private Krankenvollversicherung

Gültig für folgende Gesellschaften:

- Allianz Private Krankenversicherungs-AG
- ARAG Krankenversicherungs AG
- AXA Krankenversicherung AG
- Barmenia Krankenversicherung a. G.
- Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
- Continentale Krankenversicherung a. G.
- DBV Deutsche Beamtenversicherung Zweigniederlassung der AXA
- Deutscher Ring Krankenversicherung a. G.
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG
- GOTHAER Krankenversicherung AG
- HALLESCHE Krankenversicherung a. G.
- HanseMercur Krankenversicherung AG
- Inter Krankenversicherung a. G.
- Mannheimer Krankenversicherung AG
- Münchener Verein Krankenversicherung a. G
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
- R+V Krankenversicherung AG
- SIGNAL Krankenversicherung a. G.
- Union Krankenversicherung AG
- uniVersa Krankenversicherung a. G.
- Württembergische Krankenversicherung AG

Vermittlerstempel

Ausführliche Bedarfsanalyse

Vermittler

Name, Vorname

Vermittler-Nummer

Telefon

E-Mail

Interessent

Name, Vorname

Straße, Postleitzahl, Ort

Selbstständiger
Gewerbebezeichnung besteht seit

Angestellter Freiberufler
Beruf

Versicherungsbeginn

männlich weiblich
Geburtsdatum

Beamter Beamtenanwärter Bund Land
Beihilfeträger (Land)
Beihilfeanspruch % Amb. % Stat.

Ausländer Aufenthaltstitel unbefristet
Aufenthaltstitel bis

Vorversicherung

von (Vorversicherung)
bis (Vorversicherung)

Erläuterung

Mit Hilfe des Fragebogens erstellen Sie ein Anforderungsprofil an eine private Krankheitskostenversicherung. Ihr Berater hat damit die Möglichkeit, Produkte entsprechend Ihrer Vorstellung und Wünsche zu ermitteln.

gewählter Mindeststandard

	Premium	Komfort	Basis	Keine Anforderung
1 Haus/Primärarztprinzip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Gebührenordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Heilmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Zahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Optionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Sonstiges <small>Umwandlung, Kindernachversicherung, Kriegsklausel, diverses</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzangaben

	Höhe	Woche
Krankentagegeld	<input type="text"/> €	ab der <input type="text"/> . Woche
	<input type="text"/> €	ab der <input type="text"/> . Woche
Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> €	
Sonstige Leistungswünsche	<input type="text"/>	
SB maximal	<input type="text"/> €	

Beratung zu weiteren Themen

Ich wünsche eine gesonderte Beratung zum Thema:

Beitragssenkung der PKV im Alter Pflegetagegeld

Berufsunfähigkeitsversicherung Unfallversicherung

Unterschrift

Ort, Datum

X Unterschrift (Vor- und Zuname) des Interessenten

Ausführliche Bedarfsanalyse

1. Haus-/ Primärarzt (HAP)

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzicht auf HAP bei Not- und Bereitschaftsärzten	✓	✓	✓	
Verzicht auf HAP im Ausland	✓	✓		
Kein Haus-/ Primärarztprinzip gewünscht	✓			

2. Gebührenordnung

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOÄ ambulant - Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ stationär - Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ Zahn - Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ stationär - Erstattung auch über Höchstsatz	✓	✓		
GOÄ Zahn - Erstattung auch über Höchstsatz	✓			
GOÄ ambulant - Erstattung auch über Höchstsatz	✓			

3. Heilpraktiker

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattungssatz Heilpraktiker mind. %	80%	80%	60%	
Erstattung mind. xxx € p.a.	2.000 €	1.000 €	500 €	
Erstattung mind. bis zum Höchstsatz des GebüH.	✓	✓		
Alternative Heilmethoden/Hufelandverzeichnis erstattungsfähig	✓			

4. Vorsorge

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorge im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme	✓	✓	✓	
Schutzimpfungen	✓	✓	✓	
Vorsorge ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme	✓	✓		
Vorsorge ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt	✓			

5. Heilmittel

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattungssatz mind. %	100%	80%	50%	
Maximale Selbstbeteiligung im Bereich Heilmittel	_____ €	_____ €	_____ €	
Keine unüblichen Beschränkungen gewünscht	✓			
Logopädie durch Logopäden	✓	✓	✓	
Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	✓	✓	

Ausführliche Bedarfsanalyse

6. Hilfsmittel

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattungssatz mind. %	100%	80%	70%	
Maximale Selbstbeteiligung im Bereich Hilfsmittel	_____ €	_____ €	_____ €	
Offener Hilfsmittelkatalog	✓			
Offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	✓		
Atem-, Herzmonitore und Beatmungsgeräte	✓	✓	✓	
Körperersatzstücke uneingeschränkt	✓	✓		
Prothesen uneingeschränkt	✓	✓	✓	
Heimdialyse	✓	✓		
Hör-/ Sprechgeräte, Kunstaugen, orthopädische Schuhe	✓	✓	✓	
Blindenhund o. Blindenleitgerät	✓			

7. Psychotherapie

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl psychotherapeutischer Sitzungen p.a. mind.	30	30	20	
Auch ohne vorherige Zusage des Versicherers	✓	✓		
Delegationsverfahren	✓			
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	✓	✓	

8. Transporte

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Notfalltransporte	✓	✓	✓	
Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	✓	✓	✓	
Ambulante Krankentransporte/Fahrten zur Chemotherapie, Dialyse, Strahlenbehandlung	✓	✓		
Ambulante Transporte bei Gehunfähigkeit	✓	✓		
Ambulante Transporte zum nächsten Behandler (auch wenn gehfähig)	✓			

9. Stationär

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Bettzimmer	✓			
2-Bettzimmer	✓	✓		
Wahlärztliche Behandlung	✓	✓		
GOÄ stationär - Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ stationär - Erstattung auch über den Höchstsatz hinaus	✓	✓		
Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	✓	✓	✓	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	✓	✓	
Verbesserte Regelung bei sog. „gemischten Anstalten“	✓	✓	✓	
Anschluss-Reha bedingungsgemäß nach Zusage des Versicherers versichert	✓			
Verzicht auf rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes	✓	✓		

Ausführliche Bedarfsanalyse

10. Zahn

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnbehandlung mind. %	100%	90%	80%	
Zahnersatz mind. %	75%	65%	50%	
Kieferorthopädie mind. %	75%	65%	50%	
Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓			
Inlays & Implantate ohne pauschale Beschränkung	✓	✓		
Summenbegrenzung max. in den ersten xxx Jahren	max. 3 Jahre	max. 10 Jahre		
Summenbegrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten	✓	✓	✓	

11. Ausland

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Begrenzung auf deutsches Kostenniveau bei gezielten Behandlungen im Ausland	✓			
Volle tarifliche Leistung bei vorübergehender Wohnsitzverlegung innerhalb der EU	✓			
Volle tarifliche Leistung bei dauerhafter Wohnsitzverlegung innerhalb der EU	✓			
Weltweiter Versicherungsschutz für mind. xxx Monate	6	3	2	
Rücktransport aus dem Ausland	✓	✓	✓	

12. Optionen

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Optionszeitpunkte	2	1	1	
Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen	✓	✓	✓	
Anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)	✓			
Gleiches Optionsrecht für alle versicherten Personen	✓			
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	✓		

13. Sonstiges

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung in Krankenhausambulanzen	✓	✓		
Behandlung in medizinischen Versorgungszentren (MVZ)	✓	✓		
Hospizkosten	✓			
Verzicht auf die Meldeverpflichtung bei einem Krankenhausaufenthalt	✓	✓	✓	
Kindernachversicherung inkl. Klarstellung angeborener Anomalien	✓	✓		
Umwandlungsrecht Voll- in eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung	✓	✓		
Kundenfreundliche Kriegsklausel	✓	✓	✓	

Unterschrift

Ort, Datum

X
Unterschrift (Vor- und Zuname) des Interessenten

Krankenvollversicherung Risikoprüfung

Gesundheitszustand der VP

Bei den nachstehenden Gesundheitsfragen handelt es sich um die abgestimmten und freigegebenen Fragen des jeweiligen Versicherers, dessen Schutz beantragt wird. Sollte eine Gesundheitsfrage mit „JA“ beantwortet werden müssen, wird dringend empfohlen, eine dem Krankheitsbild entsprechende Selbstauskunft einzureichen. Die passende Selbstauskunft finden Sie unter www.insuro.de/SA.

Welcher Abfragezeitraum soll berücksichtigt werden?

1) Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	
2) Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehler organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit bei BK, Gothaer, MKV, UKV, SIGNAL und Württembergische die letzten 5 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre
3) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt bei BK, MKV, SIGNAL, UKV und Württembergische die letzten 5 Jahre), (ambulante Operationen sind bei Allianz die letzten 5 Jahre und bei R+V die letzten 10 Jahre anzugeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre Ambulante Operation <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> nicht beantworten
4) Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei R+V und Württembergische die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre
5) Wurde in den letzten 3 Jahren eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung, Untersuchung, Beratung oder eine Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt, bzw. ist eine solche beabsichtigt? (Allianz, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur und Münchener Verein, MKV die letzten 5 Jahre, bei ARAG, Barmenia, BK, DR, Hallesche, Inter, Nürnberger, R+V, SIGNAL, UKV, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre, AXA stationär 5 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 3 Jahre amb./ 5 Jahre stat. <input type="checkbox"/> 5 Jahre amb./ 5 Jahre stat. <input type="checkbox"/> 10 Jahre amb./ 10 Jahre stat.
6) Besteht eine Fehlsichtigkeit? Wenn „ja“, wieviel Dioptrien (links/rechts) (nicht erforderlich bei ARAG, HanseMerkur und Württembergische)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja li. <input type="text"/> Dioptrien re. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Frage nicht beantworten
7) Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (bei ARAG, Barmenia, Continentale, DR, MKV und R+V ohne zeitliche Beschränkung, bei Allianz und AXA die letzten 3 Jahre, nicht erforderlich bei HanseMerkur)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Frage nicht beantworten <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> unbegrenzt
8) Besteht eine anerkannte Behinderung? Bei „ja“ bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) nur bei BK, MKV und UKV: Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
9) Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen oder besteht/bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn „ja“ welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei Allianz, BK und UKV die letzten 5 Jahre, bei DR, uniVersa und Württembergische die letzten 10 Jahre, bei R+V zeitlich unbegrenzt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre <input type="checkbox"/> unbegrenzt
10) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder ist noch ein Testergebnis offen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
11) Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „ja“, in welcher Woche? (Kopie des Mutterpasses beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> SSW	
12) Wurden Sie wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt? (Nur zu beantworten bei Münchener Verein die letzten 5 Jahre und bei BK, MKV, UKV, uniVersa die letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Frage nicht beantworten <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre
13.a) Wie viele Zähne - außer Weisheitszähnen und Lückenschluss - fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein und uniVersa)	<input type="checkbox"/> keine <input type="text"/> Anzahl	
b) Besteht eine Zahnbetterkrankung oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
c) Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (zu beantworten bei Allianz, Deutscher Ring, HALLESCHER, Inter, MKV, Münchener Verein, Nürnberger, SIGNAL, Württembergische, bei Gothaer MediVita älter 5 Jahre, bei BK und UKV älter 6 Jahre, bei Continentale älter 10 Jahre, bei MKV auch provisorischer Zahnersatz, bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz)	<input type="text"/> ersetzt <input type="text"/> überkront	<input type="checkbox"/> Frage nicht beantworten
d) Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. Überkronung? Monat/Jahr?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Frage nicht beantworten
e) Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben? (Beim Deutschen Ring, MKV und Münchener Verein zu beantworten. Beim Münchener Verein ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Frage nicht beantworten

Gesundheitsfragen

Wenn eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt vorzunehmen und im Antrag ist auf dieses zu verweisen.

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Gesundheitsstörung, Untersuchungen, Behandlungen, Kur, Arzneimittel-einnahme, Untersuchungsergebnisse, Fremdkörper nach Operation, Körperimplantate, Art der körperlichen oder geistigen Fehler oder Pflegebedürftigkeit (bei mit „ja“ beantworteten Fragen bitte hier nähere Angaben)	Von wann bis wann?	AU Tage	Name und Anschrift des Heilberaters bzw. der Kranken-, Heil- oder sonstigen Anstalt	Operationen		Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? seit		Monat/Jahr
						nein	ja	nein	ja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der vorgesehene Raum reicht nicht für die Beantwortung der Fragen (). Darum liegen dieser Anfrage weitere Blätter für weitere Angaben bei.

Anzahl: 5/6

Selektion Versicherer

Details

- 1 Die durchgestrichenen Versicherer werden aufgrund unpassender Gesundheitsfragen oder zu ausgedehnter Abfragezeiträume, nicht bei der Risikoprüfung durch insuro berücksichtigt.
- 2 Bitte beachten Sie, dass bei Gesundheitsfragen und Abfragezeiträumen oft Sondervereinbarungen mit den Gesellschaften zugunsten unserer Makler und deren Kunden, ausgehandelt wurden. Bei sehr vielen Versicherern gelten normalerweise strengere Gesundheitsfragen oder erweiterte Abfragezeiträume.
- 3a insuro Maklerservice wird anhand der abgefragten Leistungswünsche bei den Versicherern anfragen, die unter Berücksichtigung der Gesundheitsangaben unseren Erfahrungen nach voraussichtlich die besten Angebote unterbreiten werden.
- 3b **Darüber hinaus, besteht für Sie die Möglichkeit uns Gesellschaften vorzugeben, bei denen in jedem Fall angefragt werden soll**, sofern diese nicht im Vorfeld der Selektion ausgeschlossen wurden. Maximal sind jedoch nur drei Nennungen möglich.

Wo soll angefragt werden?	Versicherer (max. 3 Nennungen möglich s. Punkt 3b)	Wunschtarife
<input type="checkbox"/>	Allianz Private Krankenversicherungs-AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ARAG Krankenversicherungs AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	AXA Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Barmenia Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Bayerische Beamtenkrankenkasse AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Continental Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	DBV Zweigniederlassung der AXA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Deutscher Ring Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	GOTHAER Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Hallesche Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	HanseMercur Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Inter Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Mannheimer Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Münchener Verein Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	NÜRNBERGER Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	R+V Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	SIGNAL Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Union Krankenversicherung AG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	uniVersa Krankenversicherung a. G.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Württembergische Krankenversicherung AG	<input type="text"/>

Erklärung

Der Makler bestätigt hiermit, dass eine Vollmacht des Kunden vorliegt, die es ihm und insuro gestattet, die persönlichen Daten und Gesundheitsangaben an Partner und Versicherer weiterzuleiten, um passende Angebote für eine Private Krankenversicherungen zu erhalten. Sofern der Kunde diese Erklärung eigenhändig unterzeichnet, ist eine Vollmacht nicht erforderlich und er erteilt insuro somit die zuvor genannten Befugnisse.

Unterschrift

X
Ort, Datum, Unterschrift Makler

X
Ort, Datum, Unterschrift Kunde (optional)