

Beratung durch:  
 Stöver, Hermann & Partner GmbH  
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen  
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44  
 info@shp-bremen.de  
 http://www.shp-bremen.de/

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

<b>Versicherte Person</b>	
Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Berufsstatus usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.	<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/> Geburtsort: <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher Aktuell ausgeübter Beruf: <input type="text"/> Berufsstatus: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> <input type="checkbox"/> kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> Euro Steuer-Identifikationsnummer: <input type="text"/> Personalausweisnummer: <input type="text"/> Nationalität: <input type="text"/>
<b>Allgemeine Fragen</b>	
Wird ein Optionsrecht auf Krankenvollversicherung gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen Auslandsreisen mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , nähere Angaben (Dauer der einzelnen Auslandsaufenthalte) <input type="text"/>
Wünschen Sie Tarife ohne Altersrückstellungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sollen Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten einbezogen werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Erfassungsbogen zur Krankenzusatzversicherung – Sofffair** / Seite 2/6

Ist es für Sie wichtig, dass der Versicherer auf sein Kündigungsrecht verzichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Gewünschter Versicherungsschutz</b>	
<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert bei <input type="text"/>
Sollen Sehhilfen mitversichert sein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - mind. <input type="text"/> Euro
Ist die Erstattung ambulanter privatärztlicher Behandlungen gewünscht (Privatpatient)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Möchten Sie Leistungen von Heilpraktikern mitversichern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis mitversichert sein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen gesetzliche Zuzahlungen erstattet werden? Z.B. für Arznei-, Verband- und Heilmittel wie Krankengymnastik und Massagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soll die Praxisgebühr übernommen werden? (erfüllen nur wenige Tarife)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist ein Auslandsreiseschutz gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Vorsorgeunter-suchungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für naturheilkundliche Maßnahmen durch Ärzte gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Impfungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für Reiseimpfungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere Wünsche?	<input type="text"/>
<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert bei <input type="text"/>
Welche Unterbringung wünschen Sie?	<input type="checkbox"/> 1 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 1 Bett- oder 2 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer (ohne Zuschlag)
Möchten Sie Anspruch auf die privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt / Arzt Ihrer Wahl? I.d.R. ist damit auch eine Unterbringung im 1 Bett- oder 2 Bett-Zimmer verbunden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Erfassungsbogen zur Krankenzusatzversicherung – Sofffair / Seite 3/6

Sollen gesetzliche Zuzahlungen erstattet werden? (z.B. für Arznei-, Verband- und Heilmittel wie Krankengymnastik und Massagen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wünschen Sie eine freie Krankenhauswahl?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie hoch soll die maximale Entschädigung hinsichtlich der Gebührenordnung sein?	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Erstattung für 'Rooming-in' gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erstattung für vor-/nachstationäre Behandlung gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere Wünsche?	<input type="text"/>
<b>Dental</b>	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Erstattung für Zahnbehandlung gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hohe Leistung beim Zahnersatz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie hoch soll die Erstattung für Zahnersatz inkl GKV-Leistung sein? (Erstattung bei Regelversorgung)	<input type="text"/> % bis <input type="text"/> % Bitte jeweils Prozentsatz zwischen 50% und 100% angeben.
Soll eine Erstattung für Zahnersatz auch ohne GKV Vorleistung erfolgen?	<input type="text"/> % bis <input type="text"/> % Bitte jeweils Prozentsatz zwischen 50% und 100% angeben.
Wünschen Sie die Absicherung von kieferorthopädischen Behandlungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollen Leistungen für Implantate erstattet werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja - mglst. umfassend
Wünschen Sie eine Erstattung für Inlays?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja - mglst. umfassend
Erstattung für professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie hoch soll die maximale Entschädigung hinsichtlich der Gebührenordnung sein?	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Soll die Praxisgebühr übernommen werden? (erfüllen nur wenige Tarife)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere Wünsche?	<input type="text"/>

<b>Krankentagegeld</b>	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Berufsbeschreibung	<input type="text"/>
Tagegeld 1 Tagegeld 2 Tagegeld 3	ab <input type="text"/> Tag in Höhe von <input type="text"/> Euro ab <input type="text"/> Tag in Höhe von <input type="text"/> Euro ab <input type="text"/> Tag in Höhe von <input type="text"/> Euro
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Keine erneute Karenzzeit bei Rückfallerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Länger als 3 Monate Leistung bei Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wegfall Alkoholklausel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Krankenhaustagegeld und Kurztagegeld/-kostenerstattung</b>	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="text"/> Euro pro Tag
Kurtagegeld	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="text"/> Euro pro Tag
Kurkostenerstattung (ambulant) (Z.B. für die ärztlichen Behandlungen, Heilmittel, Arzneimittel)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
Kurkostenerstattung (Unterbringung)	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht
<b>Pflegeversicherung</b>	<input type="checkbox"/> Versicherungsschutz nicht gewünscht <input type="checkbox"/> bereits versichert <input type="text"/>
Welche Form der Pflegeversicherung wünschen Sie?	<input type="checkbox"/> Pflegetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegerentenversicherung
Wie hoch soll die tägliche Erstattung bei Pflegestufe 3 sein (stationäre Unterbringung)?	<input type="text"/> Euro pro Tag
Sollen Leistungen auch bei Pflegestufe 1 erfolgen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mindesterstattungssätze - ambulant <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3	<input type="text"/> Euro pro Tag <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="text"/> Euro pro Tag

Mindestleistungssätze - stationär <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3	<input type="text"/> Euro pro Tag <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="text"/> Euro pro Tag
Assistanceleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Demenzleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dynamik	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dynamik unabhängig vom Alter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dynamik unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einmalzahlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Keine Einschränkung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist es für Sie wichtig, dass der Versicherer auf sein Kündigungsrecht verzichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soll der Tarif Wartezeiten erlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Soll der Geltungsbereich auch außerhalb Deutschlands liegen? <small>(Leistungen können auch außerhalb Deutschland empfangen werden)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - mit zusätzlicher Vereinbarung <input type="checkbox"/> ja - auch ohne zusätzliche Vereinbarung
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bereits ab Pflegestufe 1
<b>Vorversicherung</b>	
Besteht oder bestand eine Vorversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , Gesellschaft <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> Kündigung durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer

Versicherte Leistungen	<input type="checkbox"/> Stationär Selbstbeteiligung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Ambulant Selbstbeteiligung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Dental Selbstbeteiligung <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> Krankentagegeld <input type="text"/> Euro ab <input type="text"/> Tag <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld <input type="text"/> Euro ab <input type="text"/> Tag <input type="checkbox"/> Kurtagegeld <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Pfl egetagegeld <input type="text"/> Euro (Pfle gestufe 3)
<b>Wird weiterer Versicherungsschutz gewünscht:</b> Berufsunfähigkeitsversicherung Unfallversicherung Dread Disease	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b> , welcher? <input type="text"/>
<b>Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b>	<input type="text"/>
Risikorelevante Fragen und Belehrung	<p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände.</p> <p>Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.</p> <p>Wird die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
Rev004 vom 19.07.2012	