

**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:**

<p><b>Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Krankenversicherung.</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Riskoprüfung  <input type="checkbox"/> mit Risikoprüfung  <input type="checkbox"/> ohne SoWa-Eintrag</p>
<p><b>Versicherte Person (VP)</b></p>	
<p>Name, Geburtsdatum und Geschlecht, usw. der zu versichernden Person.          Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.</p>	<p><input type="text"/>  <input type="text"/>          Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich          Geburtsdatum: <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher  <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker          Jahresbruttoeinkommen: <input type="text"/> Euro</p>
<p>Anzahl der Kinder (für Berechnung Pflegebeitrag)</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>Versicherungsbeginn</p>	<p><input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/></p>
<p><b>Ambulanter Tarifbereich</b></p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>
<p>Selbstbeteiligung</p>	<p><input type="checkbox"/> keine  <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> Euro bis <input type="text"/> Euro</p>
<p>Selbstbeteiligung für Kompakttarife</p>	<p><input type="checkbox"/> keine  <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental  <input type="checkbox"/> nur über ambulanz</p>
<p><b>Tarifbereich Stationär</b></p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>
<p>Ein-/Zweibettzimmertarife</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Mehrbettzimmertarife</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Privatarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>Tarifbereich Dental</b></p>	<p><input type="checkbox"/> entfällt</p>
<p>Zahnbehandlung</p>	<p><input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %</p>

Zahnersatz	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
<b>Krankentagegeld</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
Risikogruppe	<input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> 1. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> 2. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> 3. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<b>Zusätzliche Absicherungen</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> Euro pro Tag
Kurtagegeld	<input type="text"/> Euro pro Tag
Kurkostenerstattung (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (Unterbringung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> absolut: <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> prozentual: <input type="text"/> %
<b>Tarfbereich Pflege</b>	<input type="checkbox"/> entfällt
Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pfl egetagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pfl egetagegeld
Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegestufe 3 (stationäre Unterbringung))	<input type="text"/> Euro
Leistungen auch bei Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Angaben zur Vorversicherung</b>	<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung
Welche gleichartige Vorversicherung besteht, bestand oder wurden in den letzten Jahren 5 Jahren beantragt?	Gesellschaft <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<b>Gesundheitsfragen</b>	
Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg

<p>Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, bei welcher? <input type="text"/></p>
<p>Fanden in den letzten <b>5</b> Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder andere Heilbehandlern statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>Fanden in den letzten <b>10</b> Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>Wurde in den letzten <b>10</b> Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, welche + Details? <input type="text"/></p>
<p>Besteht eine Fehlsichtigkeit?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrin links: <input type="text"/> Dioptrin rechts: <input type="text"/></p>
<p>Fehlen Ihnen Zähne?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, wurden diese ersetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, wie? <input type="text"/> wenn <b>nein</b>, oder nicht vollständig, wieviele Zähne sind aktuell nicht ersetzt? Anzahl: <input type="text"/></p>
<p><b>Sonstige Hinweise, Bemerkungen:</b></p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Unterschrift</b></p>	<p><input type="text"/></p> <hr/> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>