

Fragebogen zur Angebotsunterbreitung für: Krankenversicherung

	Person 1	Person 2
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Beruf:		
Berufsgruppe:	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Beamte(in) Beihilfesatz: ____ <input type="checkbox"/> Anwärter(in)	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Beamte(in) Beihilfesatz: ____ <input type="checkbox"/> Anwärter(in)
seit:		
Straße:		
Plz / Ort:		
Telefon / Fax / Mobil:		
E-Mail:		

Allgemeine Angaben:

Beginn: _____

Gewünschte Zahlungsweise: monatlich (nur bei Abbuchung) vierteljährlich
 halbjährlich jährlich

Gewünschte Zahlungsart: per Rechnung
 per Lastschrifteneinzug

Bank: _____

KTO: _____

BLZ: _____

Angaben zum derzeitigen Versicherungsschutz:

Gesetzlich bei: _____ seit: _____ bis: _____
 Privat bei: _____ seit: _____ bis: _____

Gekündigt: ja nein wenn ja durch: Kunde Versicherer

Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand:

Nr.:	Frage:	Person 1		Person 2	
	Größe:	Cm		Cm	
	Gewicht:	KG		KG	
1	Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Behandlung, Beratung oder Untersuchung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten, Wenn nein: beabsichtigt oder geplant (z. B. Entfernung von Fremdmaterial)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
2	Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
3	Haben Sie in den letzten 5 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
4	Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten in den folgenden Bereichen behandelt, beraten oder untersucht? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
a)	Herz oder Kreislauf (z. B. Herzfehler, Herzrhythmusstörung, Angina Pectoris, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
b)	Blutgefäße (z. B. Hämorrhoiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
c)	Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Nasenscheidewandverbiegung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
d)	Verdauungsorgane (z. B. Magern/Darmentzündung, Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
e)	Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Blasen-/Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Myome, Zysten)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
f)	Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
g)	Stoffwechsel (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Struma mit/ohne Knoten kalt oder heiß)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
h)	Blut (z. B. Blutgerinnungsstörung, Thromboseneigung, Anämie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
i)	Entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Arthritis, Morbus Bechterew, Rheuma)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
j)	Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose, genitale Warzen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
k)	Gehirn oder Nervensystem (z. B. Epilepsie, Gehirnerschütterung, Kopfschmerzen/Migräne, Nervenentzündung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
l)	Psyche (z. B. Psychotherapie, Depression, Trennungsproblematik, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
m)	Rücken (z. B. Bandscheibenvorfall, wiederholte Verspannungen, WS-Syndrom, Skoliose)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
n)	Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder Bewegungsapparat (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Muskel-/Sehnenriss)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
o)	Allergien (z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
p)	Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
q)	Augen (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
r)	Ohren (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
s)	Sonstige nicht aufgeführte Bereiche (z. B. gutartige Neubildungen, Herpes, Leistenbruch, Fistel, Wechseljahresbeschwerden)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
5	Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus- /Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
6	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungs-, Rauschmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
7	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
8	Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
9	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „ja“, in welcher Woche? (bitte vollständige Kopie des Mutterpasses beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
		Woche: _____		Woche: _____	
10	Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB), Berufskrankheit, oder ist ein Arbeitsunfall anerkannt? <input type="checkbox"/> WDB <input type="checkbox"/> MdE <input type="checkbox"/> GdB <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (bitte % -Satz unten angeben und Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
11	Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) oder ist eine angeraten? Wenn ja, bitte Angabe Dioptrin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
		links: _____ rechts: _____		links: _____ rechts: _____	

Fragen zum Gebisszustand:

Nr.:	Frage:	Person 1	Person 2
1	Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung bzw. ist eine solche angeraten oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Funktionsstörungen des Kauorgans, Knirscherschienen, Parodontose oder Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheits-/Milchzähne/ Lückenschluss)? Wenn ja bitte Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____
3	Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)? wenn ja, bitte Anzahl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl: _____

Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend - und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten:

Mit Unterschrift erkläre ich mich / wir uns einverstanden, dass die vorstehend aufgeführten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowohl von der Firma A-I-S Wild Assekuranzmakler GmbH als auch von, von dieser angefragten Krankenversicherungsgesellschaften verwendet werden dürfen:

Ort/Datum/Unterschrift Person 1

Ort/Datum/Unterschrift Person 1

Bei Zustandekommen eines Vertrages gilt dieser Fragebogen als Vertragsbestandteil.

Der Antragsteller ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der angegebenen Tatsachen verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Unrichtige Beantwortung der Fragen nach Gefahrenumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrenumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen.

Ort/Datum/Unterschrift Person 1

Ort/Datum/Unterschrift Person 1

A-I-S Wild Assekuranzmakler GmbH

Seite 4 von 4

Firma: A-I-S Wild Assekuranzmakler GmbH
Geschäftsführung: Marco Wild
Versicherungsfachwirt (IHK)
Gebäudeenergieberater (HWK)
Sachverständiger für Immobilienbewertungen
In Lochfeld 4, D 55743 Idar-Oberstein
Tel.: 06784-98395-0
Fax: 06784-98395-50
Internet/E-Mail: www.ais-w.com / info@ais-w.com

Bankverbindungen:
Kreissparkasse Birkenfeld KTO: 1025414 BLZ: 562 500 30
Deutsche Bank KTO: 129291100 BLZ: 562 700 24

Handelsregister: HRB 20315, Bad Kreuznach
Finanzamt: 55743 Idar-Oberstein
Steuer-Nr.: 09/665/0033/8
Umsatzsteuer-Nr.: 09/665/0033/8