
Vermittlername

Vermittlernummer

E-Mail Adresse

Datum

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