Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG

Eichendorffstr. 12 • 65187 Wiesbaden
Tel.: 0611 / 945892402
jb@vmwi.de
https://www.vmwi.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Bitte erstellen Sie auf Basis der vorliegenden Angaben einen Vorschlag zur Krankenversicherung.	☐ ohne Risikoprüfung ☐ mit Risikoprüfung ☐ ohne SoWa-Eintrag
1. Versicherte Person (VP)	
1.1. Name, Geburtsdatum und Geschlecht, usw. der zu versichernden Person. Bitte für jede Person gesonderten Fragebogen aufnehmen.	Name: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: Geburtsort: -land: Staatsangehörigkeit: ☐ Nichtraucher ☐ Raucher ☐ Nichtakademiker ☐ Akademiker Jahresbruttoeinkommen: €
1.2. Angaben zum Beruf Status: Aktuell ausgeübter Beruf: Branche:	☐ angestellt ☐ öffentlicher Dienst ☐ selbständig
1.2.1. Nur bei Beamten: Weitere Angaben zur Beihilfe (Träger, Erstattungssätze usw.):	
1.2.2. Nur bei Selbständigen: Anzahl der Sozialversicherungspflichtigen Angestellten:	
1.3. Anzahl der Kinder (für Berechnung Pflegebeitrag)	
1.4. Versicherungsbeginn	. .
2. Ambulanter Tarifbereich	☐ entfällt

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

2.1. Selbstbeteiligung	☐ keine ☐ von ☐ € bis ☐ €
2.2. Selbstbeteiligung für Kompakttarife	☐ keine ☐ auch über stationär und dental ☐ nur über ambulant
3. Tarifbereich Stationär	☐ entfällt
3.1. Ein-/Zweibettzimmertarife	☐ ja ☐ nein
3.2. Mehrbettzimmertarife	☐ ja ☐ nein
3.3. Privatarzt	☐ ja ☐ nein
4. Tarifbereich Dental	☐ entfällt
4.1. Zahnbehandlung	☐ von ☐ % bis ☐ %
4.2. Zahnersatz	☐ von ☐ % bis ☐ %
4.3. Kieferorthopädie	☐ von ☐ % bis ☐ %
5. Krankentagegeld	☐ entfällt
5.1. Risikogruppe	☐ A, ☐ B, ☐ C, ☐ D
☐ 1. Tagegeld ab ☐ . Tag	☐ € pro Tag
☐ 2. Tagegeld ab ☐ . Tag	☐ € pro Tag
☐ 3. Tagegeld ab ☐ . Tag	☐ € pro Tag
6. Zusätzliche Absicherungen	☐ entfällt
6.1. Krankenhaustagegeld	☐ € pro Tag
6.2. Kurtagegeld	☐ € pro Tag
6.3. Kurkostenerstattung (ambulant)	☐ ja ☐ nein
6.4. Kurkostenerstattung (stationär)	☐ ja ☐ nein
6.5. Kurkostenerstattung (Unterbringung)	☐ ja ☐ nein
6.6. Beitragsreduzierung im Alter	☐ keine ☐ absolut: ☐ € ☐ prozentual: ☐ %
7. Tarifbereich Pflege	☐ entfällt
7.1. Pflegepflicht	☐ ja ☐ nein

Bechstein Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh

7.2. Pflegezusatzversicherung	☐ keine ☐ Pflegekostenerstattung ☐ Pflegetagegeld ☐ Pflegekostenerstattung und Pflegetagegeld
7.3. Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegerad 5 (stationäre Unterbringung))	☐ €
7.4. Leistungen auch bei Pflegegrad 3	☐ ja ☐ nein
7.5. Leistungen auch bei Pflegegrad 1	☐ ja ☐ nein
8. Angaben zur Vorversicherung	☐ keine Vorversicherung
8.1. Welche gleichartige Vorversicherung besteht, bestand oder wurden in den letzten Jahren 5 Jahren beantragt?	Gesellschaft ☐ Ablauf ☐ . ☐ . ☐
9. Gesundheitsfragen	
9.1. Körpergröße und Gewicht	☐ cm ☐ kg
9.2. Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, bei welcher? ☐
9.3. Leiden oder litten Sie in den letzten **5** Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche + Details? ☐
9.4. Fanden in den letzten **5** Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehandlern statt?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche + Details? ☐
9.5. Fanden in den letzten **10** Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche + Details? ☐

Bechstein Versicherungsmakler
VMWI
Eichendorffstr. 12
65187 Wiesbaden
jb@vmwi.gmbh
0611-945892401
www.vmwi.gmbh
Gmbh & Co. KG

9.6. Wurde in den letzten **10** Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, welche + Details?
9.7. Besteht eine Fehlsichtigkeit?	☐ nein ☐ ja Dioptrien links: ☐ Dioptrien rechts: ☐
9.8. Fehlen Zähne? Fehlende Milch- oder Weisheitszähne sowie Lückenschluß sind nicht anzugeben.	☐ nein ☐ ja wenn **ja**, wie viele Zähne fehlen? Anzahl: ☐
9.9. Findet aktuell eine kieferorthopädische Behandlung statt, oder ist eine solche notwendig oder angeraten?	☐ nein ☐ ja
10. Sonstige Hinweise, Bemerkungen:	
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden. _____ Ort, Datum, Unterschrift
Interne Notizen	
Mitarbeiter: ☐ Datum : ☐ Uhrzeit: von ☐ bis ☐	☐ telefonische Erfassung ☐ schriftliche Kundenangaben ☐ persönliche Besprechung ☐ im Maklerbüro ☐ beim Kunden ☐ ☐
Rev006 vom 16.09.2020	