

# Vorschlagsanforderung Private Kranken-Zusatzversicherung



**Bitte erstellen Sie für mich einen Vorschlag für die nachfolgend angegebene/n Versicherung/en.**

Felder die mit einem Stern \* gekennzeichnet sind, sind für die Erstellung eines individuellen Vorschlages zwingend erforderlich und müssen deshalb ausgefüllt werden..

## PERSONENDATEN

Akademischer Titel, Vorname, Nachname \*

Straße, Nr. \*

PLZ, Ort \*

Telefon (dienstl./tagsüber) \*

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail \*

Internetadresse

Geburtsdatum \*

Hochschulabschluss als

Beruf/aktuelle Tätigkeit \*

Beruflicher Status:

- Angestellter  
 Selbstständig seit: \_\_\_\_\_  
 Freiberufler seit: \_\_\_\_\_  
 Beamter  
 Student / Auszubildener  
 Anderer: \_\_\_\_\_

Approbation: \*  nein  ja

Ärztliche Ausbildung:

- nein  ja, als: \_\_\_\_\_

BDP-Mitglied: \*  nein

ja – Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden:

- nein  
 ja – Name der Verbände: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer:

- nein  
 ja – Bundesland: \_\_\_\_\_

Gewünschter Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

## PRIVATE KRANKEN-ZUSATZVERSICHERUNG

### SONSTIGE ANGABEN

#### Aktuelle/bisherige Krankenversicherung

Ich bin derzeit **gesetzlich** bei folgender Krankenkasse versichert:

\_\_\_\_\_

Art der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung:

- Pflichtversicherung  
 freiwillig versichert  
 Studentenversicherung  
 Familienversicherung

Es besteht derzeit eine Versicherung

- mit Krankengeldanspruch  
 ohne Krankengeldanspruch

Im Rahmen meiner gesetzlichen Krankenversicherung besteht Familienversicherung für:

- Ehepartner – Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
 Kind 1 – Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Kind 2 – Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Kind 3 – Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin derzeit **privat** versichert bei folgendem Krankenversicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Zu versichernde Personen

Nummer	Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
1	siehe oben	siehe oben	siehe oben
2			
3			
4			

## Allgemeine Fragen zum Versicherungsvertrag

- Sollen auch Tarife mit jährlich steigenden Beiträgen berechnet werden?  ja  nein
- Wünschen Sie eine Option für einen späteren Wechsel in die private Vollversicherung?  ja  nein

## Angaben zum gewünschten Versicherungsschutz (Bedarfsermittlung)

### Privatpatient im Krankenhaus

Folgende Leistungsmerkmale sind mir wichtig:

- 1-Bettzimmer
- 2-Bettzimmer
- privatärztliche Behandlung
- Erstattung **bis** zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ)
- Erstattung **über** die Höchstsätze der Gebührenordnung (GOÄ) hinaus
- Privatpatient auch bei ambulanten Operationen
- Kostenübernahme bei gemischten Heilanstalten (freie Krankenhauswahl)
- Mitversicherung vor- und nachstationärer Untersuchung

### Privatpatient beim Zahnarzt

Folgende Leistungsmerkmale sind mir wichtig:

- hohe Kostenerstattung – inkl. Leistung der GKV
- wünsche ich eine Erstattung bei Zahnersatz von \_\_\_\_% bis \_\_\_\_%
- Erstattung **bis** zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOZ)
- Erstattung **über** die Höchstsätze der Gebührenordnung (GOZ) hinaus
- Zahnersatz außerhalb der Regelversorgung
- Implantate
- Kieferorthopädie
- Erstattung auch ohne Vorleistung der GKV
- Kurzer Zeitraum für Summenbegrenzungen (Zahnstaffel)

### Privatpatient bei ambulanter Behandlung

Folgende Leistungsmerkmale sind mir wichtig:

- Naturheilverfahren/Heilpraktiker
- Umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen (auch außerhalb gesetzlicher Programme)
- Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)

### Auslandsreisekrankenversicherung (Privatreisen)

- Auslandsschutz für eine Einzelreise
  - Versicherungs-/Reisezeitraum: \_\_\_\_\_
  - Reiseziel: \_\_\_\_\_
- Auslandsschutz als Jahresvertrag mit automatischer Verlängerung

Zusatzversicherung für Vorsorge- und Prophylaxemaßnahmen

Pflegezusatzversicherung

Pflegekostenversicherung

Pflegetagegeld: \_\_\_\_\_ EUR

### Angaben zum Gesundheitszustand

**WICHTIGER HINWEIS:** Bei der Annahme eines Antrages auf Krankenversicherung erfolgt eine Risikoprüfung anhand von Gesundheitsfragen und Angaben zu risikorelevanten Aspekten. Der Versicherer kann die Annahme eines Antrages ablehnen oder von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

Bitte beantworten Sie deshalb vorab folgende Fragen:

- Sind Sie aktuell in ambulanter oder stationärer Behandlung?  ja  nein
- Ist aktuell eine ambulante oder stationäre Behandlung angedacht?  ja  nein
- Wurden aus gesundheitlichen Gründen bereits Versicherungsanträge abgelehnt?  ja  nein

### Sonstige Wünsche zum Versicherungsschutz oder Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Weitere ergänzende Informationen folgen

per E-Mail an mail@bdp-wirtschaftsdienst.de  per Fax an 030-20 91 66 555  per Post an unten stehende Adresse

Die Information über die Wirtschaftsdienst GmbH nach §11 VersVermV und zum Datenschutz (Anlage zur Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. \*

Ich bestätige mit der Absendung der Anforderung bzw. durch Unterschrift, daß alle Angaben von mir nach besten Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich bin mir bewußt, daß falsche oder unzureichende Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zu nicht ausreichenden Versicherungsschutz führen können. \*

Datum \_\_\_\_\_

X

Unterschrift (sofern Zusendung per Fax/Post erfolgt) \_\_\_\_\_

#### Formular drucken

Bitte senden Sie den Fragebogen einfach per Fax an 030 - 20 91 66 555 oder per Post an unten stehende Adresse.

#### Formular senden

Das PDF wird an folgende E-Mail-Adresse übermittelt: mail@bdp-wirtschaftsdienst.de



## A) Informationsübersicht gemäß § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

### Firmierung und Anschrift:

Wirtschaftsdienst GmbH des Berufsverbandes  
deutscher Psychologen  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin  
Telefon: 030 / 20 91 66 513  
E-Mail: m.marek@bdp-wirtschaftsdienst.de  
Internet: www.bdp-wirtschaftsdienst.de

### Geschäftsführer:

Dr. Michael Marek

### Handelsregister:

Sitz der Gesellschaft: Berlin  
Amtsgericht Berlin HRB 121060

### Zuständige Aufsichtsbehörde:

Industrie- und Handelskammer zu Berlin  
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin  
www.berlin.ihk24.de

### Vermittlerregister-Nr.:

D-6DDQ-GSGJB-31

### Status der Tätigkeit:

Versicherungsmakler mit Erlaubnis gem.  
§ 34 d Abs. 1 Gewerbeordnung (GewO)

### Auflagen für die Erlaubnis:

Keine

### Versicherungsschein-Nr.:

VAS 0700965 Nassau Versicherungen

### Schlichtungsstellen (gemäß § 11 Ab. 1 Nr. 7):

Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 080632, 10006 Berlin  
  
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
  
Ombudsfrau der privaten Bausparkassen  
Postfach 30 30 79  
10730 Berlin

### Datum der Erstellung:

31.08.2010

**Sollte es jemals zu Unstimmigkeiten kommen, steht Ihnen bei der Wirtschaftsdienst GmbH des BDP Herr Dr. Michael Marek als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.**

**Einsicht kann genommen werden unter [www.vermittlerregister.info](http://www.vermittlerregister.info) oder DIHK, Breite Straße 29, 10178 Berlin, Tel.: 0 30 / 2 03 08 - 0.**

**Änderungen, die durch behördliche und/oder gesetzliche Auflagen bzw. durch betriebsinterne Veränderungen verursacht werden, bleiben vorbehalten. Weitere Informationen sowie Kommunikationsdaten entnehmen Sie bitte unserem Geschäftspapier oder besuchen Sie uns unter [www.bdp-wirtschaftsdienst.de](http://www.bdp-wirtschaftsdienst.de) im Internet.**

## B) Datenschutzklausel

Der Kunde willigt ein, dass seine Daten zur Erstellung von Vorschlägen, zur Vertragsvermittlung und/oder zur Vertragsdurchführung an

- Versicherer und Assekuradeure,
- Bausparkassen,
- Finanzdienstleistungsinstitute und Wertpapierhandelsgesellschaften,
- Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften,
- Sozialversicherungsträger,
- Untervermittler,
- Kooperations-, Service- und Verbundpartner (z.B. Pools),
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer,
- Versicherungsombudsmänner und
- Rechtsnachfolger

im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer.

Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nur übermittelt werden, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Vertragsvermittlung erforderlich ist.

Der Kunde willigt ebenfalls ein, dass seine Daten zur Vertragsverwaltung beim Vermittler gespeichert werden.

**Wir versichern, die uns überlassenen Daten mit der gebotenen Sorgfalt und Verschwiegenheit zu behandeln. Außerdem versichern wir die Daten ausschließlich zur Versicherungsvermittlung und zur Kundenbetreuung zu verwenden und sie in keinem Fall an Adresshändler o. ä. weiter zu geben!**