

Vorschlagsanforderung Kranken-Vollversicherung



Bitte senden Sie mir einen Vorschlag für eine private Kranken-Vollversicherung.

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

PERSONENDATEN

Akademischer Titel, Vorname, Nachname *

Straße, Nr. *

PLZ, Ort *

Telefon (dienstl./tagsüber) *

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail *

Internetadresse

Geburtsdatum *

Familienstand: ledig verheiratet
 verwitwet geschieden

Kinder: * unter 18 Jahre – Anzahl: _____
 volljährige in Schul-, Berufsausbildung,
Studium – Anzahl: _____
 keine Kinder

Hochschulabschluss als

Beruf/aktuelle Tätigkeit *

Beruflicher Status:
 Angestellter
seit wann verdienen Sie über der
Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)? _____
 Selbstständig seit: _____
 Freiberufler seit: _____
 Beamter
 Student / Auszubildener
 Anderer: _____

Approbation: * nein ja

BDP-Mitglied: * nein
 ja – Mitglieds-Nr.: _____

Mitgliedschaft in anderen Berufs- oder Fachverbänden:
 nein
 ja – Name der Verbände: _____

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

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

Sind Sie in einem Wahl-Tarif versichert?

nein ja – seit: _____

Im Rahmen meiner gesetzlichen Krankenversicherung besteht
Familienversicherung für:

Ehepartner – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Kind 1 – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Kind 2 – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Kind 3 – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mein aktueller Beitrag beträgt: _____ EUR

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

bisheriger Tarif/Tarife: _____

HINWEIS: Wenn wir Ihren bisherigen Versicherungsschutz genauer kennen, können wir Sie auch über die vorhandenen Leistungsunterschiede informieren.

Die Versicherung endet am: _____

Die Kündigung erfolgte durch: _____

Im Vertrag sind folgende Personen mitversichert:

- keine weiteren mitversicherten Personen
- mein Ehepartner/Lebenspartner

Kind 1 – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Name: _____

Kind 2 – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Kind 3 – Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mein aktueller Beitrag beträgt: _____ EUR

Ich habe folgende Gründe für den angestrebten Wechsel der Versicherung:

- Verbesserung des Leistungsspektrums
- Reduzierung des Beitragsaufwandes
- Unzufriedenheit mit dem Service des bisherigen Versicherers

Sonstiges, und zwar: _____

Bestehen folgende sonstige Absicherungen

- Berufsunfähigkeits-Versicherung ja nein
- Grundfähigkeits-Versicherung ja nein
- Dread-Disease-Versicherung (schwere Erkrankungen) ja nein
- Unfall-Versicherung ja nein
- Betriebskosten-/Ertragsausfall-Versicherung (Praxisausfall-Versicherung) ja nein

BEDARFSERMITTLUNG / KUNDENWUNSCH

Eine private Kranken-Versicherung soll folgende Leistungsmerkmale aufweisen:

Höhe der Erstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ):

	ambulant	stationär	Zahn
ohne Bindung an die GOÄ/GOZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Höchstsätze (über 3,5-fach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis zu den Höchstsätzen (bis 3,5-fach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis zu den Regelhöchstsätzen (bis 2,3-fach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschter jährlicher Selbstbehalt:

Durch die Wahl eines Selbstbehaltes wird der Beitragsaufwand reduziert. Kosten bis zur Höhe des gewählten Selbstbehaltes sind ggf. jährlich voll vom Versicherungsnehmer zu tragen.

- kein Selbstbehalt
 bis 750 EUR
 bis 1500 EUR
 über 1500 EUR
 Optimierter Selbstbehalt*

*Die Beitragsersparnis übersteigt den Betrag des Selbstbehaltes, auch dann, wenn dieser in einem Kalenderjahr voll aufgewandt werden muss.

Gewünschte Leistungen im stationären Bereich:

- 1-Bettzimmer inkl. privatärztlicher Behandlung
 2-Bettzimmer inkl. privatärztlicher Behandlung
 Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung

Gewünschte Tarifart im ambulanten Bereich:

- Kein** Hausarztmodell
 Hausarzt-/Primärarztmodell

Gewünschte Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz:

- | Zahnbehandlung | Zahnersatz |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100 % | <input type="checkbox"/> mind. 80 % |
| <input type="checkbox"/> unter 100 % | <input type="checkbox"/> mind. 75 % |
| <input type="checkbox"/> kein Angebot | <input type="checkbox"/> unter 75 % |
| | <input type="checkbox"/> kein Angebot |

Mitversicherung bzw. Umfang folgender Leistungen:

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| ▪ alternative Heilmethoden | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Kurleistungen | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Option auf Tarifwechsel | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Vorsorgeuntersuchungen auch über gesetzliche Programme hinaus | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ lebenserhaltende Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Nachversicherung von neugeborenen Kindern | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ umfassende Leistungen bei ambulanter Psychotherapie | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ stationärer Psychotherapie | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Versicherungsschutz im Ausland | | |
| - Inanspruchnahme gezielter Behandlung im Ausland | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| - bei Verlagerung des Wohnsitzes/gewöhnlichen Aufenthaltes | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| - bei beruflicher Tätigkeit im Ausland | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| - nur Urlaubsreisen | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
| ▪ Zusatzbaustein für Beitragssenkung im Alter | <input type="checkbox"/> wichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |

Ich wünsche eine Ergänzung zur Pflegepflichtversicherung:

- ja nein
- Pflegekostenversicherung oder
- Pfl egetagegeld _____ EUR/Tag

Ich wünsche die Mitversicherung eines Krankentagegeldes:

- ab 15. Tag: _____ EUR pro Tag (nur für Selbstständige)
- ab 22. Tag: _____ EUR pro Tag (nur für Selbstständige)
- ab 29. Tag: _____ EUR pro Tag (nur für Selbstständige)
- ab 43. Tag: _____ EUR pro Tag
- ab 92. Tag: _____ EUR pro Tag
- ab 138. Tag: _____ EUR pro Tag
- kein Angebot

HINWEISE:

- Die zu versichernde Tagegeldhöhe orientiert sich an Ihrem Nettoeinkommen und sollte dieses nach Ablauf der Karenzfrist voll abdecken. Insbesondere für Existenzgründer bestehen bei den Krankenversicherungsunternehmen i.d.R. in den ersten beiden Jahren nach Existenzgründung/Niederlassung Beschränkungen in der versicherbaren Tagegeldhöhe.
- Es ist möglich, verschiedene Karenzzeiten miteinander zu kombinieren. Damit wird der Beitragsaufwand minimiert, da Krankentagegelder mit längeren Karenzzeiten preiswerter sind. Sie erreichen dadurch, dass bei längeren Erkrankungen durch das Gesamttagegeld das wegfallende Nettoeinkommen ausgeglichen wird.

Beispiel:

Krankentagegeld ab dem 15. Tag in Höhe von 100 EUR
 Krankentagegeld ab dem 43. Tag in Höhe von 100 EUR
 Daraus ergeben sich folgende Leistungen:
 Ab dem 15. Tag wird ein Tagegeld von 100 EUR gezahlt
 Liegt auch über den 42. Tag hinaus ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vor,
 erhöht sich das Krankentagegeld ab dem 43. Tag auf 200 EUR täglich.

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Für den Abschluss einer privaten Kranken-Vollversicherung ist eine Gesundheitsprüfung zwingend vorgesehen. Um den Prozess der Risikoprüfung besser einschätzen zu können, ist die Beantwortung der nachfolgenden Fragen hilfreich.

HINWEIS: Falls der Platz nicht ausreicht, schicken Sie uns bitte ergänzende Informationen per E-Mail, Post oder Fax.

Ambulante Behandlungen in den letzten 3 Jahren

Name der Person	Genaue Diagnose	Behandlung von - bis	Ausgeheilt	Anmerkung
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Stationäre Behandlungen in den letzten 5 Jahren

Name der Person	Genauere Diagnose	Behandlung von - bis	Operation	Ausgeheilt	Anmerkung
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wurden aus gesundheitlichen Gründen bereits Versicherungsanträge abgelehnt?

nein ja – bei Person/en (bitte Name angeben) : _____

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 _____



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 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 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!