

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

Pflegegeld: _____ 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 ausreichendem 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 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!