

Kaskoversicherung für Sie

FP+

Unternehmensgruppe

Name

Geburtsdatum

Berufsbezeichnung:

GKV PKV

Versicherungsgesellschaft

Vorname

Berufsstatus

Arbeitgebername

Angestellt Selbstständig Freiberuflich Beamter

Brutto / Netto Einkommen

1. Ambulant

- Sehhilfe
- Augenlaser
 - 1.000 € 1.500 €
- Vorsorge / Früherkennung
- Heilpraktiker / Naturheilverfahren
- Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Prothesen)
- Gesetzliche Zuzahlungen
- ohne Wartezeit

2. Stationär

- Einzelbettzimmer
- Zweibettzimmer
- 1 Bettzimmer mit Chefarzt bei Unfall
- Chefarzt
- Krankenhaustagegeld €
- Kurtagegeld € €

3. Zahn

- Hochwertige Zahnersatz
 - 70% 80% 90% 100%
- Zahnbehandlungen
- Professionelle Zahnreinigung
 - 2x 3x öfters
- ohne Wartezeit
- Fehlende Zähne (nur Lücken?)
Wie viele?
 - mitversichern ausschließen

4. Pflege

- Pflegegrad
 - 1 2 3 4 5
- Tagessatz 40€ 50€ 80€
- Ambulant höhere Leistung
- Stationär höhere Leistung
- Beitragsbefreiung
- ohne Wartezeit

5. Krankentagegeld

- ab dem 43. Tag €

6. Sehhilfen

- Tragen Sie eine Sehhilfe?

Zusatzvereinbarungen

Wünsche

Angaben zum Gesundheitszustand:

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

1. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: ja nein
- Alkohol-/Drogenmissbrauch • Asthma bronchiale • Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
 - Depression • Diabetes mellitus • Epilepsie • Herzinfarkt • Krebserkrankung • Multiple Sklerose
 - Neurodermitis • Rheumatische Erkrankung • Schlaganfall?

2. Wurde Ihnen in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeden oder wurde bei Ihnen eine durchgeführt bzw. ist eine solche beabsichtigt? ja nein

Zusatzfrage: Wenn ja. (Wann? Wie lange war die Behandlung? Anzahl der Sitzungen/Medikamente? welcher Grund lag vor?)

3. Befinden sich die zu versichernden Personen in ambulanter Behandlung oder liegen zurzeit gesundheitliche Beschwerden vor? Werden/wurden Medikamente genommen? ja nein

Berücksichtigen Sie bitte die letzten 5 Jahre. (Diagnose/Medikamente)

von _____ bis _____

4. Bestehen Gebrechen körperlicher oder geistiger Art, wiederkehrende Beschwerden oder chronische Leiden, Missbildungen, Invalidität oder Wehrdienstbeschädigungen? ja nein

Diagnose: _____

von _____ bis _____

5. a) Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Heilstätten oder Kurbehandlungen stattgefunden? ja nein
b) Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert? ja nein

Diagnose: _____

von _____ bis _____

6. Werden Sehhilfen getragen oder sind Sie erforderlich? Besteht eine Augenkrankheit? ja nein
Dioptrien Werte ?

Diagnose: _____

von _____ bis _____

7. a) Fehlende, nicht ersetzte Naturzähne (ohne Lückenschluss/Weisheitszähne) Anzahl ____
b) Sind Zähne mit herausnehmbaren Zahnersatz versorgt? Wenn ja, Anzahl der Zähne? Anzahl ____
c) Ist das Gebiss mit feststehendem Zahnersatz ja nein
(z.B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt der älter als 10 Jahre ist?
d) Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Parodontitis)? ja nein

- 7.1b) Ist Zahnersatz geplant oder angeden? ja nein
c) Sind kinderorthopädische Behandlungen geplant oder angeden? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift