

Krankenversicherungs – Check

Adress- und Personendaten

Datum _____

Straße, Hausnummer*

Telefon

Postleitzahl, Wohnort*

E-Mail

	Person 1 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Person 2 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Person 3 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Familien- und Vorname*:			
Geburtsdatum*:			
Beruf (zur Zeit ausgeübt)*:			
Branche:			
Selbstständig, Freiberufler seit:			
Beihilfe			
Dienstherr:	_____	_____	_____
Status:	_____	_____	_____
ambulant:	_____ %	_____ %	_____ %
stationär:	_____ %	_____ %	_____ %
Zahn:	_____ %	_____ %	_____ %
Monatliches Einkommen**:			
1. Arbeitnehmer (brutto/netto)	zu 1. _____	zu 1. _____	zu 1. _____
2. Selbstständige (Gewinn v. Steuer)	zu 2. _____	zu 2. _____	zu 2. _____
3. Andere Einkommensarten <i>(z. B. Miete, Pacht, Kapitalvermögen, gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge)</i>	zu 3. _____	zu 3. _____	zu 3. _____

Derzeitiger Krankenversicherungsschutz

	Person 1	Person 2	Person 3
GKV*:	<input type="checkbox"/> ja, Kasse: _____ <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert seit _____	<input type="checkbox"/> ja, Kasse: _____ <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert seit _____	<input type="checkbox"/> ja, Kasse: _____ <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert seit _____
PKV*:	<input type="checkbox"/> ja seit _____ VU: _____	<input type="checkbox"/> ja seit _____ VU: _____	<input type="checkbox"/> ja seit _____ VU: _____
Zusatztarif:	<input type="checkbox"/> ja, für folgende Leistungen: VU: _____	<input type="checkbox"/> ja, für folgende Leistungen: VU: _____	<input type="checkbox"/> ja, für folgende Leistungen: VU: _____
Versicherungs- schein etc.:	<input type="checkbox"/> Kopie anbei <input type="checkbox"/> Kopie folgt	<input type="checkbox"/> Kopie anbei <input type="checkbox"/> Kopie folgt	<input type="checkbox"/> Kopie anbei <input type="checkbox"/> Kopie folgt
Beitrag/Monat:			

* relevant bei Risikovorabfragen

** relevant bei Risikovorabfragen zur Krankentagegeldabsicherung

Krankenversicherungs - Check

Gesundheitsangaben*

Fragen			
A	Wurde jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert: Hepatitis B oder C, AIDS, Krebs, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes mellitus, massive Adipositas, psychische Erkrankungen/Verhaltensstörungen (z.B. Depressionen, Angststörungen, Neurosen, Alkoholismus, Demenz, Burn-out, Bulimie/Anorexie, ADHS oder Entwicklungsverzögerungen bei Kindern), Alzheimer, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Schlafapnoesyndrom, koronare Herzerkrankungen, Aneurysma, Schlaganfall, COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen), Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Leberzirrhose, Rheuma, Fibromyalgie, Morbus Bechterew oder Nierenschädigungen? <i>Achtung: Falls ja, ist ein Vertragsabschluss für die betreffende Person für eine Krankheitskostenversicherung leider nicht möglich. (Ausnahme: Zahnergänzungstarif)</i>		
B	Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt?		
C	Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder angeraten?		
D	Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein? Falls ja, bitte genaue Bezeichnung, Dosis und Einnahmezeitraum angeben.		
E	Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?		
F	Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind?		
G	Haben Sie Zahnersatz, der älter als 10 Jahre ist?		
H	Größe/Gewicht?		
	Antworten Person 1	Antworten Person 2	Antworten Person 3
A	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
B	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:
C	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:
D	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen der Beschwerden:
E	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____
F	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____
G	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
H	Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Diese Gesundheitsangaben ersetzen nicht die Angaben im Antrag, sondern sind zur vorläufigen Beurteilung eines möglichen Versicherungsschutzes in der privaten Kranken-, Pflege- und Krankentagegeldversicherung der Continentale Krankenversicherung erforderlich.

Gewünschte Absicherung

	Person 1	Person 2	Person 3
Krankheitskostenvollversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Krankentagegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsversicherung			
Ambulante Ergänzung (z. B. Sehhilfen, Zuzahlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankentagegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege-Ergänzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Versorgung (z. B. Chefarzt, Zwei-Bett-Zimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Euro planen Sie ggf. monatlich dafür ein?			

* relevant bei Risikovorfragen