

Persönliche Daten des Antragsstellers

Name, Vorname		Titel		Straße	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		PLZ, Ort	
		Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m			
		Geburtsdatum		Jahreseinkommen brutto netto	

Berufsstatus (Studenten, Azubis bitte auch das Fach/Studien-/Berufsziel angeben)

Beruf/Ausbildung/Branche		Personalverantwortung für Personen		Anteil der Bürotätigkeit am festen Arbeitsplatz %	
<input type="checkbox"/> angestellt				Art: %	
<input type="checkbox"/> selbständig		seit wann?		Anteil der körperlichen Tätigkeit %	
Beamter/öffentlicher Dienst		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bundesland	
				Sonstige Tätigkeit	

Derzeitiger Versicherungsschutz

Wo waren Sie die letzten 5 Jahre krankenversichert?

<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse	_____ Euro
Monatsbeitrag	_____ Euro
<input type="checkbox"/> private Krankenkasse	_____ Euro
Monatsbeitrag	_____ Euro

Ehepartner

<input type="checkbox"/> angestellt	Berufsbezeichnung	_____
<input type="checkbox"/> selbständig	Bruttoeinkommen	_____
<input type="checkbox"/> Beamter	Nettoeinkommen	_____
<input type="checkbox"/> Ohne Tätigkeit		

Wo war Ihr Ehepartner die letzten 5 Jahre krankenversichert?

<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse	_____ Euro
Monatsbeitrag	_____ Euro
<input type="checkbox"/> private Krankenkasse	_____ Euro
Monatsbeitrag	_____ Euro

Kinder

_____	_____
Name	Geburtsdatum
_____	_____
Name	Geburtsdatum
_____	_____
Name	Geburtsdatum

Ambulante Behandlung

Alternativ zu einem Versicherungsschutz mit voller Kostenübernahme ermäßigt sich der Beitrag spürbar bei Einschluss einer Selbstbeteiligung. Der Selbstbehalt gilt für jeweils ein Kalenderjahr. Alle anerkannten Kosten, die den jährlichen Selbstbehalt überschreiten, werden voll erstattet.

<input type="checkbox"/> Ohne Selbstbehalt	
<input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt	_____ Euro bis max. _____ Euro
<input type="checkbox"/> optimale Selbstbeteiligung	
<input type="checkbox"/> prozentuale Selbstbeteiligung	_____ Euro

Stationäre Behandlung

<input type="checkbox"/> Ein-/Zweibettzimmer/Chefarztbehandlung
<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer/Chefarztbehandlung
<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer/ohne Chefarztbehandlung

Zahnärztliche Behandlung

Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> ab 80%	<input type="checkbox"/> mindestens 100%
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> 60% - 75%	<input type="checkbox"/> 80% - 100%
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> 60% - 75%	<input type="checkbox"/> 80% - 100%

Krankentagegeld/Verdienstausfall-Absicherung

Für privat versicherte Angestellte ist eine Krankentagegeld-Versicherung unverzichtbar. Sie wird in der Regel ab dem 43. Tag abgeschlossen. Selbständige sichern über die Tagegeld-Versicherung ihr Einkommen im Krankheitsfall ab.

Für Angestellte und Selbständige ab dem	<input type="checkbox"/> 43. <input type="checkbox"/> 92. <input type="checkbox"/> 183. <input type="checkbox"/> 365. Tag	Euro
Für Selbständige ab dem	<input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 22. <input type="checkbox"/> 29. Tag	Euro

Berechnung Krankentagegeld:

Bei Arbeitnehmern sind generell 80% des regelmäßigen monatlichen Brutto-Entgelts versicherbar (Beiträge für die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sind bereits in den 80% einkalkuliert.)

Bei Selbständigen sind generell 75% der Einkünfte aus den Einkunftsarten selbständige Tätigkeit zu versichern.

Alle anderen Einkunftsarten bleiben unberücksichtigt.

Höhe Krankenhaustagegeld (bei Selbständigen)	Euro
--	------

Gesundheitsfragen

- Körpergröße und Körpergewicht _____ cm _____ kg
- Bestehen derzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Einschränkungen körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? ja nein
- Bestanden in den letzten drei Jahren Krankheiten, Beschwerden, Fehler körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit? ja nein
- Fanden in den letzten drei Jahren ambulante Untersuchungen oder aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker statt? ja nein
- Fanden in den letzten fünf Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder sind diese vorgesehen? ja nein
- Bestehen Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Schäden bzw. Anomalien (wie z. B. Herzfehler, psychische Störungen, Nervenerkrankungen, Augenerkrankungen, Schädigung des Bewegungsapparates, Stoffwechselstörungen, usw.), die zu den bisherigen Gesundheitsfragen noch nicht angegeben wurden? Bei Wehrdienstbeschädigung, Berufskrankheit, Dienstunfall oder Schwerbehinderung bitte Anerkennungsbescheid beifügen. ja nein
- Wurde in den letzten fünf Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder in Anspruch genommen? ja nein
- Besteht eine Fehlsichtigkeit? ja nein
Dioptrien _____ li _____ re
- Besteht eine Sterilität oder Infertilität? ja nein
- Besteht eine anerkannte Behinderung? Wenn ja, bitte Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. ja nein
- Werden bzw. wurden in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Alkohol eingenommen/konsumiert? ja nein
- Rauchen Sie bzw. haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? ja nein
- Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? ja nein
- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
In welcher Woche? _____
- Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation - stationär oder ambulant - durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte oder Kieferorthopäden notwendig, angeraten oder beabsichtigt oder ein Kostenvoranschlag/Behandlungsplan erstellt? ja nein
- Besteht zurzeit Arbeitsunfähigkeit? ja nein
- Besteht Pflegebedürftigkeit? ja nein
- Einzelangaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen (für eine Person jeweils hintereinander) mit den folgenden Angaben bitte auf separatem Blatt einreichen:
 - Zu Frage Nr. ...
 - Genaue Angaben über die Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Beratungen etc.
 - Sämtliche Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen von/bis
 - Namen und Anschriften der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser etc.
 - ausgeheilt? Ja/nein, seit wann?
 - Zurück gebliebene Folgen und/oder Beschwerden

Ein Abschluss ist nicht möglich, wenn in den letzten fünf Jahren eine Psychotherapie durchgeführt wurde.

Datum, Unterschrift