

Rückantwort an: **K+R Versicherungsexperten-Team** – Tel. 02630 - 8380082
PF 1430 – 56218 Mülheim-Kärlich – FAX: 02630-1557 – eMail: rw@ve-t.de

Anforderungsbogen zur Berechnung einer Pflege-Versicherung:

Bitte füllen Sie alle Fragen sorgfältig und gewissenhaft aus! Entsprechende Optionen bitte einkreisen, nicht streichen!

I. Fragen zum Kunden

Vers.-Beginn: ____ . ____ . 20 ____

Name / Vorname der zu versichernden Personen _____ / _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Geschlecht: **m** **w**

Nationalität (wenn nicht Deutsch) _____

Beruf des Kunden _____

Berufsstatus (S=Selbständiger, A=Angestellter, B=Beamter) _____

Vorversicherung (bei Gesellschaft) _____ von: ____ -bis: ____

Vorversicherung gekündigt durch _____

II. Gewünschte Leistungen

A. Gewünschte monatliche Pflegezusatzrente / Pfl egetagegeld / Pflegekostenabsicherung ?

● in Pflegegrad 5 / 4

● in Pflegegrad 3

● in Pflegegrad 2 (ggfs. 1)

_____ / _____ EUR

_____ EUR

_____ / _____ EUR

B. Für SIE vorstellbare Karenz- bzw. Wartezeitlösung: _____ in Jahren ← bei Fällen mit schwereren gesundheitlichen Beschwerden (wie unten stehend) kann eine Karenzzeit von 3 Jahren sinnvoll sein / bei besonders schweren Fällen bis zu 5 Jahren ! Ebenso kann es in besonders schweren Fällen zu einer Maximalsatz-Festlegung des Pflegegeldsatzes kommen!

C. Bemerkungen, besondere Wünsche? _____

D. Ich wünsche lediglich eine Basis-Absicherung in einem staatlich geförderten Pflege-Bahr- bzw. Pflegefördertarif OHNE GESUNDHEITSPRÜFUNG [→ Dann ist in den nachstehenden Gesundheitsfragen lediglich die Frage 1. zu beantworten!]

III. Angaben über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person:

[BITTE BEACHTEN! Lassen Sie sich von den nachfolgenden Fragen nicht abschrecken; diese sind lediglich unsere interne Vorlage für die Suche nach Ihrem optimalen Tarif! Die Daten werden dann nur soweit notwendig zu einer unverbindlichen Vorabanfrage an den in Frage kommenden Versicherer weitergegeben – und wirklich nur an diesen und nur im erforderlichen Umfang! → Wir führen, wie versprochen auch Tarife ohne solch umfangreiche Fragen! ABER wir wollen ja den günstigst möglichen Tarif finden können!]

1. Besteht bereits Pflegebedürftigkeit oder wurde ein Antrag auf Pflegeleistungen bereits in einer Privaten oder Gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt, abgelehnt oder zurückgestellt?
ja / nein

Name / Vorname der zu versichernden Personen _____ / _____

2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen?
 Schlaganfall, Gehirnblutung, Hirntumor, Hirnleistungsstörungen, Wachkoma, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Creutzfeld-Jakob, Osteoporose, Amyotrophische Lateralsklerose, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Sarkoidose, Kinderlähmung, Querschnittslähmung, Missbildungen, Down-Syndrom, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Arteriosklerose / Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-Operation, Ischämie), Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis, chronische Nierenerkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus („Zucker“), psychische Erkrankungen, HIV-Infektion, rheumatische Erkrankungen, Morbus Bechterew, Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koma, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit und/oder Folgen daraus-?-

ja / nein

3. Sind innerhalb der nächsten 6 Monate irgendwelche neuen oder weiteren Behandlungen oder Operation angeraten (außer Zahnbehandlungen bzw. Zahn-OP's) ?

ja / nein

4. Welche Medikamente müssen Sie regelmäßig einnehmen? (Bitte genaue Angabe des Präparats und der Einnahmeanweisungen!)

5. Körpergröße, Körpergewicht? _____ **cm** _____ **kg**

5. Ist bereits ein Grad der Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Verlust von Grundfähigkeiten, Invalidität oder eine Behinderung von Ihnen beantragt oder schon festgestellt worden?

ja / nein

Welcher Grad? _____

IV. Antwortbereich

Zu Frage Nr.	Bitte genaue Angaben über die Art der Erkrankungen (Arztdiagnose), Behandlungen, Operationen, Untersuchungen, Dioptrienwerte usw.	Zeitraum: TT / MM / JJJJ	Ausgeheilt: ja / nein	Wenn ja, seit MM / JJJJ	Zurückgebliebene Folgen und/oder Beschwerden

Name / Vorname der zu versichernden Personen _____ / _____

[Fortsetzung **Antwortbereich**]

Wenn der Platz nicht reicht – bitte Zusatzblatt anlegen und ebenfalls unterschrieben beifügen.

Wurde ein Zusatzblatt oder zusätzliche Unterlagen beigefügt ? ja / nein

Die Allgemeinen Anfragebedingungen des Vermittlers, nach EU-VersVermRichtlinie 2007 habe ich (auf www.ve-t.de) zur Kenntnis genommen!

[Bitte ansehen und ankreuzen; ohne dieses Kreuzchen ist keine Bearbeitung mehr möglich, da a. so durch den Gesetzgeber vorgeschrieben und b. in dessen Folge die überwiegende Zahl der Gesellschaften ohne Vorlage der konkreten, aktuellen (= mit Datum und Unterschrift) und schriftlich vorzulegenden Gesundheitsgrundlagen keine konkreten Angebote mehr ausarbeiten!]

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person und ggf. des VN

**Rückantwort an: K+R *Versicherungsexperten-Team* – Tel. 02630-8380082
PF 1430 – 56218 Mülheim-Kärlich – FAX: 02630-1557 – eMail: rw@ve-t.de**