

Rösrather Straße 552 • 51107 Köln • Telefon (0221) 86 69 09 oder 86 52 11 • Fax (0221) 86 71 65 • Email: TBVersicherungen@aol.com

Zurück per Fax an (0221) 867165
Bitte füllen Sie das Formular so vollständig wie möglich aus.

Persönliche Daten: (ohne diese Angaben kann Ihre Anfrage nicht bearbeitet werden!)	Person 1	Name, Vorname		Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			
<i>Bitte unbedingt für evtl. Rückfragen Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben!</i>				
Telefon : <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich			am besten zu erreichen :	
E-Mail : <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> geschäftlich				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Witwe (r) <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft			
Genauere Berufsbezeichnung:			Akademischer Grad:	
Branche:			Berufsverband: (z.B. Ärztekammer)	
Status:	<input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig seit: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Freiberufler(in) <input type="checkbox"/> Angestellte(r) <input type="checkbox"/> Beamter(in) <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst			
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	In Deutschland seit:		

Angaben zur Ihrer bisherigen Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> GKV seit:	<input type="checkbox"/> privat krankenversichert seit:	<input type="checkbox"/> Unversichert seit:
Wo sind Sie derzeit krankenversichert?	Derzeitiger Beitrag (mtl.)		EUR

Angaben zu den weiteren zu versichernden Personen

Person	Name	Vorname	geboren:	Geschlecht:	Beruf:
2				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
3				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
4				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
5				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

Gewünschter Versicherungsbeginn: ____ . ____ . 20 ____

Bitte nur einen Leistungsschwerpunkt je Person wählen, ansonsten bitte Ihre Angaben in „Allrounder“ unter Position 4. machen:

1. Leistungsschwerpunkt Zahn

	Person 1	2	3	4	5
Einfacher Zahnersatz analog Festkostenzuschuss der GKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochwertiger Zahnersatz außerhalb der Grundversorgung der GKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inkl. Kostenübernahme für Zahnbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inkl. Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inkl. Kostenübernahme für Kieferorthopädie / Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Leistungsschwerpunkt Sehhilfen

	Person 1	2	3	4	5
Mindestens 150 € für Sehhilfen alle 3 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens 250 € für Sehhilfen alle 2 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens 350 € für Sehhilfen alle 2 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Leistungsschwerpunkt Heilpraktiker/Naturheilkunde

	Person 1	2	3	4	5
Behandler nur Heilpraktiker, bis 550 € pro Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandler Heilpraktiker u. Ärzte mit Naturheilkunde bis 2500 € alle 2 Kalenderjahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandler Heilpraktiker und Ärzte mit Naturheilkunde bis 2000 € p. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Person 1	2	3	4	5
4. Leistungsschwerpunkt „Allrounder“ (Kombitarife)					
TOP Zahnersatz & Sehhilfe - Heilpraktiker ist mitversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOP Zahnersatz & Naturheilkunde - Sehhilfe ist mitversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOP Sehhilfe & Naturheilkunde - Zahnersatz ist mitversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Person 1	2	3	4	5
5. Leistungsschwerpunkt Krankenhaus					
Zweibettzimmer mit freier Arztwahl im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kostenübernahme für ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kostenübernahme für freie Krankenhauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Begrenzung der GOÄ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rooming-In bei Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbettzimmer mit freier Arztwahl im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kostenübernahme für ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kostenübernahme für freie Krankenhauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Begrenzung der GOÄ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rooming-In bei Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Person 1	2	3	4	5
7. Leistungsschwerpunkt Pflegezusatzversicherung					
Pflegetagegeld					
• _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe II + III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe I + II + III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegetagegeld mit Option auf Höherversicherung					
• _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekostentarif					
• Verdoppelung der Leistung der Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 80% Kostenübernahme der Pflegekosten inkl. Pflegepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Leistungsschwerpunkt Sonstiges

Krankentagegeld mit Karenzzeit (Als Karenzzeit bezeichnet man die Zeit zwischen dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit und dem Tag des Leistungsbeginns innerhalb der Krankentagegeldversicherung. Während der Karenzzeit besteht keine Leistungspflicht des Versicherers. Das versicherte Krankentagegeld darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der durchschnittliche Verdienst der letzten zwölf Monate vor dem Antrag bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.)

Person 1 _____ EUR Tagessatz ab dem	<input type="checkbox"/> 8. Tag	<input type="checkbox"/> 15. Tag	<input type="checkbox"/> 22. Tag	<input type="checkbox"/> 29. Tag	<input type="checkbox"/> 43. Tag	<input type="checkbox"/> ____ . Tag
Person 2 _____ EUR Tagessatz ab dem	<input type="checkbox"/> 8. Tag	<input type="checkbox"/> 15. Tag	<input type="checkbox"/> 22. Tag	<input type="checkbox"/> 29. Tag	<input type="checkbox"/> 43. Tag	<input type="checkbox"/> ____ . Tag
Person 3 _____ EUR Tagessatz ab dem	<input type="checkbox"/> 8. Tag	<input type="checkbox"/> 15. Tag	<input type="checkbox"/> 22. Tag	<input type="checkbox"/> 29. Tag	<input type="checkbox"/> 43. Tag	<input type="checkbox"/> ____ . Tag
Person 4 _____ EUR Tagessatz ab dem	<input type="checkbox"/> 8. Tag	<input type="checkbox"/> 15. Tag	<input type="checkbox"/> 22. Tag	<input type="checkbox"/> 29. Tag	<input type="checkbox"/> 43. Tag	<input type="checkbox"/> ____ . Tag
Person 5 _____ EUR Tagessatz ab dem	<input type="checkbox"/> 8. Tag	<input type="checkbox"/> 15. Tag	<input type="checkbox"/> 22. Tag	<input type="checkbox"/> 29. Tag	<input type="checkbox"/> 43. Tag	<input type="checkbox"/> ____ . Tag

Kurtagegeld

Person 1 _____ EUR Tagessatz	Person 2 _____ EUR Tagessatz	Person 3 _____ EUR Tagessatz
Person 4 _____ EUR Tagessatz	Person 5 _____ EUR Tagessatz	

Krankenhaustagegeld

Person 1 _____ EUR Tagessatz	Person 2 _____ EUR Tagessatz	Person 3 _____ EUR Tagessatz
Person 4 _____ EUR Tagessatz	Person 5 _____ EUR Tagessatz	

	Person 1	2	3	4	5
Vorsorgeleistungen / Untersuchungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welchen Versicherungsschutz könnten Sie versichern?

Neben Ihren Wünschen muss auch der Gesundheitszustand eine wichtige Rolle in den Überlegungen Ihres Vermittlers spielen, wenn es um eine bedarfsgerechte und realistische Empfehlung geht. Nur so erhalten Sie Tarife die zu Ihren Wünschen passen und auch tatsächlich abschließbar sind.

Deshalb bitten wir Sie noch um Beantwortung folgender Gesundheitsfragen:

(bei Beantwortung mit „Ja“, bitte unter Pos.16 näher erläutern)

1. Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße und Gewicht:

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Körpergröße in cm					
Gewicht in kg					

2. Hatten Sie aktuell oder in den letzten 3 bzw. 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen?

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4		Person 5	
Rückenbeschwerden	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Bluthochdruck	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Schilddrüsenüberfunktion / -unterfunktion	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Allergie / Heuschnupfen / Astma	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Magenbeschwerden	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja

2.1. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen, Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen und Vorsorgeuntersuchungen), Beratungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

2.2. Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen derzeit Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, Anomalien körperlicher oder geistiger Art, auch wenn sie nicht behandelt worden sind?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

3. Waren Sie in den letzten 10 Jahren im Krankenhaus (auch Kurkliniken, Sanatorien)?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

3.1. Fand in den letzten 5 Jahren eine ambulante oder stationäre Operation statt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

4. Waren Sie in den letzten 10 Jahren in einer psychotherapeutischen Behandlung?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

5. Besteht eine Fehlsichtigkeit? Ist das Tragen einer Sehhilfe notwendig oder angeraten?
(Falls ja, bitte unter Pos. 16 Ihre Dioptrienzahl Links/Rechts angeben)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

6. Besteht eine Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

7. Besteht eine anerkannte Behinderung, Erwerbsminderung?
(Falls ja, bitte unter Pos. 16 den Grad der Behinderung in Prozent und den Grund angeben)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

8. Haben Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig oder wiederholt Arzneimittel eingenommen oder äußerlich angewendet (auch wenn nicht ärztlich verordnet)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

8.1. Bestand oder besteht derzeit eine Suchterkrankung?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

8.2. Nehmen Sie regelmäßig Drogen oder Alkohol zu sich?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

9. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?
Steht noch ein Testergebnis aus?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

10. Besteht eine Schwangerschaft?
(Falls ja, bitte unter Pos. 16 angeben in welcher Woche.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

11. Ist eine Behandlung, Untersuchung oder Operation angeraten oder beabsichtigt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

12. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse), die nicht ersetzt sind?
(Falls ja, bitte unter Pos. 16 die Anzahl angeben.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

13. Besteht eine Zahnbetterkrankung oder Zahnfehlstellung?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

14. Wie viele Zähne wurden ersetzt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

14.1. Wie viele Zähne wurden überkront?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

14.2. Wie alt ist der Zahnersatz bzw. die Überkronung?
(Bitte geben Sie Monat/Jahr an.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

14.3. Befinden Sie sich derzeit in einer zahnärztlichen / kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

14.4. Besteht derzeit oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Parodontose- oder Zahnbetterkrankung?
Befinden Sie sich deshalb zurzeit in einer Behandlung oder ist diese angeraten oder beabsichtigt?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

14.5. Wann und weshalb fand der letzte Zahnarztbesuch statt?
(Bitte geben Sie Monat/Jahr an.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

15. Waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja	Nein Ja

16. Erläuterungen (Falls Sie eine der bisherigen Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, bitte hier näher erläutern)
 (Je nach Art der Erkrankung wird ggf. ein gesondertes Formular mit detaillierten Fragen notwendig. Dieses erhalten Sie direkt von uns.)

Pers. Nr.	zu Frage Nr.	Genauere Angabe über Art der Erkrankung (Arztdiagnose), Behandlung, Operation, Untersuchungen, bei Einnahme von Medikamenten Art und Dosierung usw.	Zeitraum Monat/ Jahr	Ausgeheilt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit Monat Jahr	Zurückgebliebene Folgen und/oder Beschwerden
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Die von Ihnen hier gemachten Angaben dienen ausschließlich zur Ermittlung eines Versicherungsangebots.
 Der Datenschutz wird ausdrücklich garantiert!