

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: | |
| Status: | <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter seit:: | | Beihilfesatz in %: |
| | Beihilfe über: <input type="checkbox"/> Bund / <input type="checkbox"/> Bundesland: | | freie Heilfürsorge: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 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.): | Sind der Ehepartner bzw. die Kinder in der GKV: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Versicherte Tarife: | EUR | versicherungspflichtig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

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 ____

Gewünschter Leistungsumfang

Selbstbehalt: ohne Selbstbeteiligung 0 - 300 EUR 300 - 600 EUR _____ Euro

Mit einer Selbstbeteiligung (SB) legen Sie fest, dass Sie pro Kalenderjahr einen festen Teil der Krankheitskosten aus der eigenen Tasche zu zahlen. Je höher die gewählte Selbstbeteiligung ist, desto günstiger sind die Versicherungsbeiträge. Für Kinder gilt die halbe Selbstbeteiligung.

Ambulante Leistungen

| | Person 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Niveau hinaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausarztprinzip / Primärarztprinzip | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistung über die Regelhöchstsätze der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistung über die Höchstsätze der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heilpraktiker / Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapeutische Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Logo- / Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ambulante Kuren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stationäre Leistungen

| | Person | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ein-/Zweibettzimmer, Chefarzt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zweibettzimmer, Chefarzt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mehrbettzimmer | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freie Krankenhauswahl | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stationäre Kuren | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistung über die Höchstsätze der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zahnärztliche Leistungen

*Zahnbehandlung (ZB), Zahnersatz (ZE), Kieferorthopädie (KFO)

| | Person | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erstattung ähnlich der GKV (ZB 100%, ZE 50-65%, KFO 100%)* | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erstattung besser als die GKV | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistung über die Höchstsätze der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges

| | Person | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Option auf Höherversicherung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beihilfe-Ergänzungstarif

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Pflege-Ergänzungstarif (zusätzlich zur Pflegepflichtversicherung)

Pflegetagegeld

- _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe III
- _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe II + III
- _____ EUR Tagessatz, nur Pflegestufe I + II +III

Krankenhaustagegeld

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

Raum für Bemerkungen:

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 | | |

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