

zu erledigen bis:

INVERS Vermittler-Nummer

Vermittler-Telefonnummer

Vermittler-Name

E-Mail Adresse oder Fax-Nr.

## Angaben zum Interessenten (Kunde)

KV-Voll  KV-Zusatz

### 1. Person

männlich  weiblich  
Name, Vorname

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit in Deutschland seit

privat  gesetzlich  
Vorversicherer von/bis

Wohnort/Bundesland Arbeitsort/Bundesland

Beruf Selbstständig/angestellt/in Ausbildung

Beihilfesatz für Beamte Dienstherr

### 2. Person

männlich  weiblich  
Name, Vorname

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit in Deutschland seit

privat  gesetzlich  
Vorversicherer von/bis

Wohnort/Bundesland Arbeitsort/Bundesland

Beruf Selbstständig/angestellt/in Ausbildung

Beihilfesatz für Beamte Dienstherr

Müssen Kinder per Gesetz mitversichert werden? ja  nein

## 1. Pflichtangaben (Diese Felder müssen unbedingt ausgefüllt sein)

### Kriterien

#### 1. Person

Gewünschter Vertragsbeginn

Abgabe EV in letzten 5 Jahren ja  nein

Tarif nach Hausarztprinzip ..... ja  nein

Osttarif ..... ja  nein

Psychotherapie ..... ja  nein

Heilpraktiker ..... ja  nein

Gebührensatz ..... 2,3  3,5  offen

Selbstbehalt in Euro ..... 0  bis 360  bis 600  wählbar

Zahnersatz mindestens % ..... 50  60  75

Art des Zimmers (stationär) .... Mehrbett  2-Bett  1-Bett

Krankentagegeldversicherung ja  Euro  ab dem  Tag nein

ja  Euro  ab dem  Tag nein

ja  Euro  ab dem  Tag nein

Krankenhaustagegeld ..... ja  Euro  nein

Kur ..... ja  nein  wenn Tagesgeld: Euro

Pflegezusatz ..... ja  Euro  nein

### Kriterien

#### 2. Person

Gewünschter Vertragsbeginn

Abgabe EV in letzten 5 Jahren ja  nein

Tarif nach Hausarztprinzip ..... ja  nein

Osttarif ..... ja  nein

Psychotherapie ..... ja  nein

Heilpraktiker ..... ja  nein

Gebührensatz ..... 2,3  3,5  offen

Selbstbehalt in Euro ..... 0  bis 360  bis 600  wählbar

Zahnersatz mindestens % ..... 50  60  75

Art des Zimmers (stationär) .... Mehrbett  2-Bett  1-Bett

Krankentagegeldversicherung ja  Euro  ab dem  Tag nein

ja  Euro  ab dem  Tag nein

ja  Euro  ab dem  Tag nein

Krankenhaustagegeld ..... ja  Euro  nein

Kur ..... ja  nein  wenn Tagesgeld: Euro

Pflegezusatz ..... ja  Euro  nein

Besondere Wünsche, Vorschläge, Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Bitte auch Seite 2 ausfüllen! Ohne Seite 2 sind keine präzisen Angebote möglich.**

Seite 2 liegt bei ja  nein

Datum

Unterschrift Kunde oder Makler

**Rück-Mail: kv-service-center@invers-gruppe.de · Rück-Fax: (0341) 52 56-301 oder -302**

INVERS Vermittler-Nummer

## Angaben zum Interessenten (Kunde)

### 1. Person

Name, Vorname

### 2. Person

Name, Vorname

## 2. Freiwillige Angaben (Diese Felder sollten ausgefüllt werden)

	1. Person	2. Person
1) Offener Hilfsmittelkatalog .....	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>
2) Vorsorgeuntersuchungen über GKV-Niveau .....	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>
3) Erweiterte Weltgeltung (z.B. Tätigkeit im Ausland) .....	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>
4) Option auf Höherversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten .....	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>	wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/>

## 3. Gesundheitsfragen

	1. Person		2. Person	
	ja	nein	ja	nein
1) Körpergröße/Gewicht: 1. Person cm <input type="text"/> kg <input type="text"/> 2. Person cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>				
2) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, geistige/körperliche Gebrechen, seelische Störungen, Anomalien, Prothesen, sonstige Behinderungen, chronische Leiden, Suchterkrankungen oder regelmäßig wiederkehrende Beschwerden körperlicher wie auch geistiger Art? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig in den letzten 5 Jahren Medikamente ein? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Untersuchungen? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung), Behandlung, Beratung oder Operation angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen wegen Suchterkrankungen, psychiatrischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, Krebserkrankungen, chron. Darmentzündungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa etc.), eines Gelenkersatzes stattgefunden oder wurde eine Psychotherapie angedacht bzw. in Anspruch genommen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Sind Sie in den letzten 5 Jahren stationär/ambulant in einer medizinischen Einrichtung operiert, behandelt, untersucht, beraten oder beobachtet worden? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, bitte Entbindungstermin angeben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nähere Angaben zu den Fragen 2-8, falls mit „ja“ beantwortet** (gegebenenfalls Zusatzblatt verwenden): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9) Besteht eine Fehlsichtigkeit und tragen Sie eine Sehhilfe? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel Dioptrien? .....	/		/	
10) Besteht eine Kreislauferkrankung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte Blutdruck angeben. ....	/		/	

## 4. Zusatzfragen zur Absicherung von Zahnleistungen

	1. Person		2. Person	
	ja	nein	ja	nein
1) Sind Sie in zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Kieferanomalie) bzw. sind solche angedacht oder beabsichtigt? (Bitte Heil- und Kostenplan beifügen.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheits-/Milchzähne/Lückenschluss)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Sind Zähne ersetzt oder überkront? (Wenn ja, wieviele?) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift Kunde oder Makler