

Bitte faxen an 0 71 31 / 9 13 32-119,  
einscannen und mailen an  
info@geldundverbraucher.de  
oder senden an:

GELD UND VERBRAUCHER (GuV)  
Versicherungs-Service  
Neckargartacher Str. 90  
74080 Heilbronn

Vorname Name	
Straße	
PLZ Wohnort	
Email-Adresse	
Telefon (für evtl. Rückfragen möglichst tagsüber)	
Mitglieds-Nr.	Ihr betreuender Servicepartner/Vermittler

Telefon-Nummer für Rückfragen: 07131-91332-0

## Krankenversicherung– Fragekatalog für Angebot

Bitte beantworten Sie die Fragen richtig und vollständig, damit wir Ihnen ein korrektes Angebot unterbreiten können.

1. **Name** (Versicherte Person): \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  Mann  Frau

2. **Versicherungsbeginn** (Datum): \_\_\_\_\_

3. **Versicherungswunsch:**

- gesetzliche Krankenkasse mit  niederen Beitragssatz  vielen Zusatzleistungen
- privater Voll-Tarif:  Grundschutz  Comfortschutz  Topschutz  Krankentagegeld \_\_\_\_\_ € ab Tag: \_\_\_\_\_
- privater Zusatz-Tarif:
- Zahn:  Zahnbehandlung \_\_\_\_\_ %,  Zahnersatz \_\_\_\_\_ %  Kieferorthopädie \_\_\_\_\_ %
- Stationär:  1- oder 1/2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung  2-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung
- Ambulant:  Ergänzung (Heilpraktiker, Sehhilfen, Zuzahlungen usw.)  Privatpatient im ambulanten Bereich
- Pflege:  Pflegestufe3: \_\_\_\_\_ €  Pflegestufe2: \_\_\_\_\_ €  Pflegestufe1: \_\_\_\_\_ €  Leistungen bei Demenz
- Krankentagegeld: \_\_\_\_\_ € ab Tag: \_\_\_\_\_

4. **Ausgeübte Tätigkeit:** \_\_\_\_\_, seit \_\_\_\_\_  
(Bei Studenten Studiengang und bei Hausfrauen möglicher Berufseinstieg nennen)

- Berufsstatus:  angestellt  selbstständig  freiberuflich  Arzt  Student  Kind  Hausfrau
- Beamter/Beamtin:  auf Lebenszeit  auf Widerruf (Beamtenanwärter)  Kind eines Beamten
- Beihilfeträger (Bundesland): \_\_\_\_\_ Beihilfebemessungssatz: \_\_\_\_\_ %

5. **Besteht bereits eine Krankenversicherung?**  nein  
 ja, privat bei \_\_\_\_\_ (siehe beigefügte Nachtragskopie),  
 ja, gesetzlich bei \_\_\_\_\_ als  Pflichtversicherter  Freiwillig versicherter

6. **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm, **Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg, **Anzahl fehlender Zähne:** \_\_\_\_\_ **Sehhilfe getragen:**  ja  nein

7. **Bestehen Vorerkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Diabetes) oder Psychotherapiebehandlungen?  nein  
 ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung Werbung:** Ich bin widerrufbar einverstanden, dass mich der Geld und Verbraucher Verlags-GmbH Co. KG (GuV) sowie die Geld und Verbraucher e.V. per Post, Telefon, Email und Fax zu ihren Dienstleistungen und Angeboten informieren darf.

**Einwilligungserklärung Datenverarbeitung** - abrufbar unter [www.geldundverbraucher.de/einwilligungserklaerung](http://www.geldundverbraucher.de/einwilligungserklaerung)  
Zur Bearbeitung Ihrer Angebotsanfrage benötigen wir eine jederzeit widerrufbare Einwilligungserklärung Datenverarbeitung.  
 liegt als Anlage unterzeichnet bei  liegt bereits unterzeichnet vor

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_