

ANGABEN ZUR VERSICHERTEN PERSON

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: Tag / Monat / Jahr

Beruf:

Gesetzlich krankenversichert bei:

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: Tag / Monat / Jahr

Beruf:

Gesetzlich krankenversichert bei:

BERECHNUNGSVORGABEN

Versicherungsbeginn: Tag / Monat / Jahr

Zahnzusatzversicherung

VOM VERSICHERUNGSNEHMER AUSGEWÄHLTE(R) TARIF(E)

Anhand der Auswahlkriterien „aktueller Zahnstatus“ und “Versicherungsbedingungen” ergibt sich folgendes Ergebnis:

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag in Euro
Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag in Euro
Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag in Euro

KUNDENBEDARF

Es werden folgende weitere Versicherungen zur Absicherung gewünscht bzw. nicht gewünscht:		Will ich	Will ich nicht
Privatpatient im Krankenhaus (KH)	Ein Upgrade zum Privatpatienten garantiert Ihnen im Krankheitsfall die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer und die Behandlung durch einen Spezialisten.		
Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)	Absicherung gegen zusätzliche Kosten durch einen krankheitsbedingten stationären Krankenhausaufenthalt.		
Mein Plan B für mich	Wird bei Ihnen eine schwere Krankheit (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs) diagnostiziert, sind Sie ab dem Zeitpunkt der gesicherten Diagnosestellung Privatpatient – und kein Kassenpatient mehr.		
Unfallversicherung (Unfall)	Unfälle passieren leider immer wieder im Beruf und in der Freizeit.		
Heilpraktiker	Bei chronischen Erkrankungen stößt die Schulmedizin manchmal an ihre Grenzen.		
Auslandsreisen (Auslands KV)	Schützen Sie sich und Ihr Kind vor unerwarteten Kosten (z.B. wochenlange intensivmedizinische Betreuung und Rücktransport aus dem Ausland).		
Sparen	Regelmäßig einen Betrag sparen für den Führerschein, ein Auto oder für die neue Wohnung.		
Berufsunfähigkeitsversicherung (BU)	Um eine Rente aufgrund verminderter Erwerbsunfähigkeit zu bekommen, müssen Sie der gesetzlichen Rentenversicherung mindestens fünf Jahre angehört haben. In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindesten 36 Pflichtbeiträge vorliegen.		
Krankentagegeld (KT)	Nach 42 Tagen Krankschreibung stellt Ihr Arbeitgeber die Zahlung von Lohn und Gehalt ein. Danach erhalten Sie ein Krankengeld, das höchstens rund 80% Ihres Nettoeinkommens beträgt. Wegen der selben Krankheit erhalten Sie Krankengeld für maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Selbständige müssen sich komplett selbst um ihre Entgeltabsicherung kümmern.		
Pflegeversicherung (PT)	Und wer pflegt Sie? Oder Ihre Eltern? Allein in Deutschland sind aktuell über 2 Mio. Bundesbürger pflegebedürftig.		
Absicherung im Todesfall (Risiko-LV)	Zu Lebzeiten ist alles ganz einfach. Mutter und Vater gehen arbeiten, die Kinder sind gut versorgt und die Raten für das Eigenheim können problemlos bezahlt werden. Doch was, wenn ein Elternteil oder beide plötzlich versterben? Wie sieht es dann finanziell aus?		
Patientenverfügung	Sie haben das Recht zu entscheiden, ob und welche medizinischen Maßnahmen für Sie durchgeführt werden sollen. Wenn Sie entscheidungsfähig sind, geben Sie Ihre Zustimmung. Was passiert, wenn Sie dazu nicht mehr in der Lage sind?		

ÜBERSICHT BESTEHENDER VERSICHERUNGEN

Für die versicherte Person besteht bereits Versicherungsschutz gegen folgende Risiken:

bleibt bestehen

wird gekündigt

1. Krankenhausversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.

2. Krankenhaustagegeldversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

3. Zahnzusatzversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

4. Unfallversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

5. Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

6. Pflegeversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

7. Heilpraktiker Versicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

8. Auslandsreisekranken

Versicherer, Vertrags-Nr.:

9. Sparen

Versicherer, Vertrags-Nr.:

10. Absicherung im Todesfall

Versicherer, Vertrags-Nr.:

11. Haftpflichtversicherung

Versicherer, Vertrags-Nr.:

(Eine Kündigung des bisherigen Vertrages erfolgt immer erst nach Zustandekommen des neuen Versicherungsschutzes)

ANGABEN ZU DEN BETEILIGTEN PERSONEN BEIM BERATUNGSGESPRÄCH

Berater

Firma:

Vorname/Nachname:

Straße, Nr:

PLZ, Ort:

Anlass der Beratung: Abschluss einer Zahnzusatzversicherung

Angaben zur Beratung

Tag der Beratung:

Ort der Beratung:

Dauer der Beratung:

Ja Nein

Teilnehmer der Beratung: Versicherungsnehmer:

Versicherte Person:

Berater:

Weitere Teilnehmer:

Angaben zum Gesundheitszustand

Ja Nein

Aktueller Zahnstatus wurde beigefügt:

Ergänzende Angaben zum
Gesundheitszustand:

RAT UND BEGRÜNDUNG DES BERATERS

Der Berater stützt seinen Rat auf die objektive und ausgewogene Marktuntersuchung und empfiehlt unter Berücksichtigung der Kundenwünsche folgende(n) Tarif(e):

Monatlicher Beitrag in Euro

Versicherer/Tarif:

Begründung:

ENTSCHEIDUNG DES KUNDEN

Unter Abwägung der Vor- und Nachteile der verglichenen Versicherer und Zahnzusatztarife

entscheidet sich der Kunde für folgenden Tarif:

Monatlicher Beitrag in Euro

Versicherer/Tarif:

folgt der Empfehlung des Beraters nicht und entscheidet sich wie folgt:

Begründung:

VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT UND AUSGEHÄNDIGTE UNTERLAGEN

Hinweis zu den Gesundheitsfragen

Die Gesundheitsfragen wurden vom Antragssteller / der zu versichernden Person selbst ausgefüllt	Ja	Nein
Für die Gesundheitsfragen wurden zusätzlich gesonderte Beiblätter verwendet	Ja	Nein

Wenn „Ja“, bitte Anzahl der Beiblätter angeben:

Sofern der Vermittler das Antragsformular ausfüllt/ausgefüllt hat, bestätigt der Versicherungsnehmer ausdrücklich, dass er und die versicherte Person alle Fragen selbst gelesen und verstanden haben und der Berater alle Angaben zur Beantwortung der Fragen korrekt und vollständig im Antrag eingetragen hat.

Verbraucherinformationen

Für den beantragten Versicherungsschutz habe ich die Beratungsdokumentation, eine Antragskopie, das Produktinformationsblatt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die besonderen Versicherungsbedingungen zu dem/n beantragten Tarif/en erhalten.

Dem Versicherungsnehmer wurden noch folgende weitere Unterlagen ausgehändigt:

Ort, Datum

Unterschrift beratene Person/Kunde und ggf. weitere Gesprächsteilnehmer

Ort, Datum

Unterschrift Berater