


# Risikovorabanfrage - Krankenversicherung

**Bitte beachten Sie:** Nur vollständig ausgefüllte Anfragen können umgehend bearbeitet werden.  
Die mit \* gekennzeichneten Felder sind **Pflichtfelder**.

## Allgemeine Angaben

Fonds Finanz Vermittlernummer	MAK 65255	 Beratungs- und Vertriebs GmbH 0202 / 31713175 Stempel www.befreite-gesundheit.de
Ihr Name bzw. Firmenbezeichnung	AKMn Beratungs- & Vertriebs GmbH	
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus technischen Gründen die Antworten ausschließlich auf die bei uns im System hinterlegte E-Mail-Adresse schicken können. Vielen Dank.		

## Personenangaben VN

Vorname*	Nachname*	Derzeit ausgeübte Tätigkeit*
Straße, PLZ und Ort*		<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbstständig (*) Beihilfeträger / -bemessungssatz: _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich (*)
Geb.-Datum*	Nationalität*	
Besteht eine negative Bonität? *(Wenn ja, bitte nähere Auskünfte) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Vorversicherung* <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich Gesellschaft:

## Versicherungswunsch

Bitte ankreuzen (*): <input type="checkbox"/> Grundschatz <input type="checkbox"/> Comfortschutz <input type="checkbox"/> Topschutz	Versicherungsbeginn*:
Bitte kreuzen Sie an, wenn gewünscht (*):	Höhe/EUR: _____ ab Tag: _____
<input type="checkbox"/> Krankentagegeld <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld	Höhe/EUR: _____
Gewünschter Selbstbehalt *: bis _____ EUR	<u>Sonstige Leistungswünsche (z.B. Zusatztarife):</u>
Gerne können Sie uns Wunschgesellschaften nennen (* inkl. Angabe des Tarifes): 1) Gesellschaft*: _____ Tarif*: _____ 2) Gesellschaft*: _____ Tarif*: _____ 3) Gesellschaft*: _____ Tarif*: _____ 4) Gesellschaft*: _____ Tarif*: _____ 5) Gesellschaft*: _____ Tarif*: _____ 6) Gesellschaft*: _____ Tarif*: _____	Heilpraktikertarife _____ _____ _____ _____

## Gesundheitsfragen (\*) - nähere Angaben sind unten zu machen!

### Ambulant

1.1. Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

1.2. Tragen Sie eine Sehhilfe?  ja  nein

Wenn ja: Dioptrien links: \_\_\_\_\_ / rechts: \_\_\_\_\_

1.3. Haben in den letzten 5 Jahren **ambulante** Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (einschließlich Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler stattgefunden?  ja  nein

1.4. Sind solche **beabsichtigt** oder **angeraten**?  ja  nein

1.5. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren **Arzneimittel oder Medikamente** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen bzw. mind. 10 Tage ununterbrochen eingenommen und/oder angewendet? Wenn ja, in welcher Dosierung?  ja  nein

Zu Frage:	Diagnose	Behandlung			Medikation (Art, Dosierung)	Behandlungsfrei? Wenn ja, seit wann?	Beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?
		Von:	Bis:	Welche?			

### Stationär

2.1. Haben in den letzten 10 Jahren **stationäre** Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (einschließlich Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler stattgefunden?  ja  nein

2.2. Sind solche **beabsichtigt** oder **angeraten**?  ja  nein

Zu Frage:	Diagnose	Behandlung			Medikation (Art, Dosierung)	Behandlungsfrei? Wenn ja, seit wann?	Beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?
		Von:	Bis:	Welche?			

### Vorerkrankungen

3.1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren **Krankheiten (auch chronische oder unbehandelte), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen** körperlicher oder geistiger Art, **Anomalien, Funktionsstörungen** oder **Allergien**?  ja  nein

3.2. Bestehen **Infektionen** (z.B. Hepatitis C) oder wurde jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt oder stehen noch Testergebnisse aus?  ja  nein

Zu Frage:	Diagnose	Behandlung			Medikation (Art, Dosierung)	Behandlungsfrei? Wenn ja, seit wann?	Beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?
		Von:	Bis:				

## Gesundheitsfragen (\*) - nähere Angaben sind unten zu machen!

### Psychotherapie

4.1. Besteht oder bestand eine psychische Störung oder wurde in den letzten 10 Jahren Hilfe von einem Psychotherapeuten / Psychologen /Psychiater in Anspruch genommen bzw. beabsichtigt/angeraten ?  ja  nein

4.2. Wenn ja:  ambulant  stationär

Zu Frage:	Diagnose	Behandlung		Medikation (Art, Dosierung)	Behandlungsfrei? Wenn ja, seit wann?	Beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?
		Von:	Bis:			

### Körperliche Einschränkungen

5.1. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren  
 ...eine Pflegebedürftigkeit  ja  nein  
 ...eine Erwerbsminderung  ja  nein  
 ...eine behördlich anerkannte Behinderung  ja  nein  
 ...ein Schaden aufgrund von (Arbeits-)Unfällen, Berufskrankheiten oder Wehr-/ Kriegsdienstbeschädigungen?  ja  nein

5.2. Wenn ja, in welchem Grad? \_\_\_\_\_

5.3. Bitte machen Sie genauere Angaben dazu:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Hinweis: Bei Bezug einer Rente aus Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft bitte die amtl. Bescheinigung beilegen.**

### Suchterkrankungen

6.1. Wurden in den letzten 10 Jahren Drogen oder annähernd täglich Alkohol konsumiert?  ja  nein

6.2. Besteht oder bestand jemals eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit?  ja  nein

6.3. Besteht oder bestand jemals eine Essstörung?  ja  nein

6.4. Wenn ja, bitte machen Sie nähere Angaben dazu:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Zähne

7.1. Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung oder ist eine solche angeraten?  ja  nein  
 7.2. Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine solche angeraten?  ja  nein  
 7.3. Besteht eine Zahnbetterkrankung?  ja  nein  
 7.4. Haben Sie ersetzte Zähne? Wenn ja, wann wurden diese ersetzt \_\_\_\_\_?  ja (wieviele: \_\_\_\_\_)  nein  
 7.5. Haben Sie fehlende Zähne? Wenn ja, wieviele?  ja (wieviele: \_\_\_\_\_)  nein

### Ergänzungen zu den obigen Fragen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

oben rechts								oben links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
unten rechts								unten links							