

Risikoerfassung Gesetzliche Krankenversicherung / Seite 1/2

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherungsnehmer	
Titel, Akad. Grad	
Name Vorname(n)	
Anschrift	Strasse: PLZ Ort:
Geburtsdatum	
Geburtsort / Nationalität	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eheähnliche Gemeinschaft
Versicherungsbeginn	
Gibt es weitere Personen, welche über Ihren Vertrag familienversichert sein müssen?	☐ nein ☐ ja, bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Beziehung etc. angeben
Gibt es derzeit spezielle Leistungsbausteine, die Sie nicht missen möchten? z.B. Heilpraktiker, professionelle Zahnreinigung	☐ nein ☐ ja, bitte genauer angeben
Sind Sie (oder eine mitversicherte Person) derzeit chronisch krank und/oder auf spezielle Leistungen Ihrer Krankenkasse angewiesen?	☐ nein ☐ ja, bitte genauer ausführen
Hinweise	Sollte die letzte Frage mit "ja" beantwortet werden, ist ein Wechsel nicht anzuraten!

Der Kunde willigt ein, dass Daten aus der Risikoanalyse an Versicherer, Maklerpools und Assekuradeure im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch auf die Übermittlung von Daten an Rückversicherer. Gesundheitsdaten dürfen nur übermittelt werden, soweit diese zur Vertragsvermittlung erforderlich sind. Weiterhin wird bestätigt, dass alle Klauseln bzw. Fragen besprochen und (sofern notwendig) wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Unterschriften:

Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers

Datum, Unterschrift des Kunden

Interne Notizen

Mitarbeiter: _____
Datum : _____
Uhrzeit: Von _____ bis _____

- ☐ telefonische Erfassung ☐ schriftliche Kundenangaben
☐ persönliche Besprechung
☐ im Maklerbüro ☐ beim Kunden
☐ _____