

**Beratung durch:**

Stöver, Hermann & Partner GmbH  
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen  
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44  
 info@shp-bremen.de  
 http://www.shp-bremen.de/

**Versicherungsnehmer:**

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<b>Zu versichernde Person</b>	
Vorname Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtort	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
weitere Informationen zur Versicherte Person	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer
Ist eine lückelose Vorversicherung über mind. 8 Monate gegeben (auch gesetzliche Krankenversicherung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anzahl der Kinder (zur Berechnung des Pflegebeitrages)	<input type="text"/>
Jahresbruttoeinkommen	<input type="text"/> Euro
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Personalausweisnummer	<input type="text"/>

Nationalität	<input type="text"/>
<b>Leistungen I</b>	
<b>Tarfbereich Allgemein</b>	
Versicherungsbeginn	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Osttarife	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit
<b>Ambulanter Tarfbereich</b>	
Selbstbeteiligung für Nicht-Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> optimale <input type="checkbox"/> von <input type="text"/> Euro bis <input type="text"/> Euro
Selbstbeteiligung für Kompakttarife	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> auch über stationär und dental <input type="checkbox"/> nur über ambulant
<b>Tarfbereich Stationär</b>	
Einbettzimmertarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarife, die Ein- oder Zweibettzimmer bieten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zweibettzimmertarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mehrbettzimmertarife	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Privatarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tarfbereich Dental</b>	
Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
Zahnersatz	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> von <input type="text"/> % bis <input type="text"/> %
<b>Krankentagegeld</b>	
Risikogruppe	<input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> 1. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> 2. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
<input type="checkbox"/> 3. Tagegeld ab <input type="text"/> . Tag	<input type="text"/> Euro pro Tag
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Keine erneute Karenzzeit bei Rückfallerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Länger als 3 Monate Leistung bei Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wegfall Alkoholklausel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Zusätzliche Absicherungen</b>	
Krankenhaustagegeld	<input type="text"/> Euro pro Tag
Kurtagegeld	<input type="text"/> Euro pro Tag
Kurkostenerstattung (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (stationär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurkostenerstattung (Unterbringung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitragsreduzierung im Alter	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> absolut: <input type="text"/> Euro <input type="checkbox"/> prozentual: <input type="text"/> %
<b>Tarfbereich Pflege</b>	
Pflegepflicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegezusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung <input type="checkbox"/> Pflegeitagegeld <input type="checkbox"/> Pflegekostenerstattung und Pflegeitagegeld
Erstattungssatz (Grundlage der Erstattung ist Pflegestufe 3 (stationäre Unterbringung))	<input type="text"/> Euro
Mindesterstattungssätze - ambulant	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="text"/> Euro pro Tag
Mindesterstattungssätze - stationär	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="text"/> Euro pro Tag <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="text"/> Euro pro Tag
Leistungen auch bei Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Assistanceleistungen (z.B. Beratungsleistung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Demenzleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dynamik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dynamik unabhängig vom Alter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dynamik unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einmalzahlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verzicht des Versicherers auf Kündigungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wartezeiterlass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geltungsbereich außerhalb Deutschlands (also Europa)	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mit Sondervereinbarung
Beitragsbefreiung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ab Pflegestufe 1
<b>Leistungen II</b>	
<b>Tarfbereich Allgemein</b>	
Grundschartarife	<input type="checkbox"/> mit Grundschartarifen <input type="checkbox"/> ohne Grundschartarife <input type="checkbox"/> nur Grundschartarife
Primärarzttarife	<input type="checkbox"/> mit Primärarzttarife (normal) <input type="checkbox"/> ohne Primärarzttarife (beste Absicherung) <input type="checkbox"/> nur Primärarzttarife (günstigste Absicherung)
Tarife mit Option zum Einstieg in eine höherwertige Vollversicherung berechnen?	<input type="checkbox"/> mit Optionstarifen <input type="checkbox"/> ohne Optionstarife
Beitragsrückerstattung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> erfolgsabhängig <input type="checkbox"/> garantiert
Wie lange soll der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland für Krankheitskostenvolltarife gelten?	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mindestens für 6 Monate <input type="checkbox"/> mindestens für 12 Monate <input type="checkbox"/> unbegrenzt
Beitragsfreie Erziehungszeit	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> eingeschränkt beitragsfrei <input type="checkbox"/> umfassend beitragsfrei
Ergebnis inkl. Tarife, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ergebnis inkl. Tarife, die nur bei bestimmten Erkrankungen leisten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tarfbereich Ambulant</b>	
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Erstattung im Ausland ohne Begrenzung auf deutsche Gebührenordnungssätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindesterstattung für Sehhilfen	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Euro
Brechkraftverändernde Operationen (z.B. Lasik = ist eine Augenoperation zur Korrektur optischer Fehlsichtigkeiten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenersatz für Logopäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenersatz für Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ambulante Heilbehandlung in einem Kurort/Heilbad ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge	
Vorsorgeuntersuchungen umfassender als der gesetzliche Rahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge BRE unschädlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge ohne Anrechnung auf SB	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychotherapie	
Grundsätzlich soll für Psychotherapie geleistet werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freie Wahl des Behandlers (z.B. Psycholog., Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindestens 30 Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mindestens 50 Sitzungen ohne vorherige Zusage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nach Zusage unbegrenzte Sitzungsanzahl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel	
Keine Einschränkungen bei der Erstattungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Limitierung durch eine prozentuale oder preisliche Obergrenze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung bei Krankenfahrsühlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Heimdialysegeräte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Atemüberwachungsmonitore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Beatmungsgeräte, Sauerstoffkonzentratoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Hör-/Sprechgeräte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Prothesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung Geh-/Stützapparate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für Blindenhund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung ambulanter Transportkosten	
Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf den "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tarfbereich Stationär</b>	
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Erstattung im Ausland ohne Begrenzung auf deutsche Gebührenordnungsätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei med. notw. stat. Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unterbringung in Gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei Unfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungen für Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung für 'Rooming-in'	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hospizleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung stationärer Transportkosten	
Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung auf das "nächstgelegene" oder "nächste" Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keine Einschränkung beim Transportmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tarfbereich Dental</b>	
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz
Leistungen für Implantate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> gewünscht, auch umfassend
Keine tarifliche Zahnstaffel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige Hinweise, Bemerkungen</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>

Risikorelevante Fragen und Belehrung

Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände.

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Wird die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Rev003 vom 13.07.2012