

Erhebungsbogen für die Beihilfeablöseversicherung

Interessent

Körperschaft, Anstalt, Stiftung des öffentlichen Rechts – juristische Person des Privatrechts:

Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Bisherige Beihilfegewährung

Höhe der Beihilfeleistungen in den letzten 3 Jahren:

Jahr: Leistung: Jahr: Leistung: Jahr: Leistung:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Höhe der Beihilfeleistungen im laufenden Jahr:

Monat Januar bis Leistung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Besteht zur Zeit eine andere Beihilfeablöseversicherung?

ja

nein

Wenn ja, bei welchem Unternehmen?

Letzter Monatsbeitrag?

Angaben zum Gesundheitszustand der anzumeldenden Personen

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|
| 1. Befinden sich Personen in stationärer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 2. Befinden sich Personen in heilpädagogischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 3. Befinden sich Personen in einer Heilanstalt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 4. Besteht bei Personen eine Pflegebedürftigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 5. Wurde bei Personen eine HIV-Infektion festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 6. Befinden sich Personen in Dialysebehandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 7. Wurde bei Personen eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert: Bluter oder Krebs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

Wenn ja, geben Sie bitte genaue Erläuterungen an:

Alle Veränderungen im Gesundheitszustand der anzumeldenden Personen, soweit sie sich auf die Fragen 1. - 7. beziehen, die bis zur Annahme des Antrags eintreten und dem Versicherungsnehmer bekannt werden, sind umgehend schriftlich anzuzeigen.

1. Tragen Sie bitte die Anzahl Ihrer beihilfeberechtigten Beschäftigten ein.

Pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung

bis 66 Jahre

--

ab 67 Jahre

--

2. Tragen Sie bitte die Anzahl Ihrer beihilfeberechtigten Beschäftigten, Versorgungsempfänger und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.

Freiwillig gesetzliche krankenversicherte mit Arbeitgeberzuschuss

bis 66 Jahre

Männer	Frauen	Kinder

ab 67 Jahre

--	--	--

Freiwillig gesetzliche krankenversicherte ohne Arbeitgeberzuschuss

bis 66 Jahre

--	--	--

ab 67 Jahre

--	--	--

Privat krankenversichert ohne Arbeitgeberzuschuss

bis 29 Jahre

--	--	--

30 – 39 Jahre

--	--	--

40 – 49 Jahre

--	--	--

50 – 59 Jahre

--	--	--

60 – 69 Jahre

--	--	--

70 – 79 Jahre

--	--	--

ab 80 Jahre

--	--	--

Privat krankenversichert mit Arbeitgeberzuschuss

bis 66 Jahre

--	--	--

ab 67 Jahre

--	--	--

Ort, Datum

--

Stempel, Unterschrift des Interessenten

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:



Brand Assekuranz – Versicherungsmakler
Eichendorffstraße 56
41564 Kaarst
Tel. 02131 – 66 94 76
Fax 02131 – 66 05 52
E-Mail: hb@brand-assekuranz.de
www.brand-assekuranz.de