



Risikoanalyse „Krankenvollversicherung“ für

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Status	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonst
Familienstand	
E-Mail	

Anlass der Beratung:

() Anforderung eines Versicherungsvorschlages oder

() _____

Umfang der Beratung:

Damit vor allem gravierende Lücken in Ihrem Versicherungsschutz erkannt werden, raten wir Ihnen, eine Analyse der Risiken Ihres Haushalts durchführen zu lassen (umfassende Beratung). Wünschen Sie heute eine umfassende oder eine ausschließlich anlassbezogene Beratung?

Ich wünsche heute eine umfassende Beratung.

Ich wünsche heute eine anlassbezogene Beratung zum Thema Krankenvollversicherung

Ich wünsche später eine umfassende Beratung.

Ich wünsche überhaupt keine Beratung. Senden Sie mir einen aus Ihrer Sicht kostengünstigen und leistungsstarken Versicherungsvorschlag zu. Mir ist bekannt, dass möglicherweise nicht alle wichtigen Risiken abgesichert sind.

Gewünschte Qualität des Versicherungsschutzes:


Ich wünsche die Absicherung existenzvernichtender Risiken und bin bereit, überschaubare Risiken selbst zu tragen. Ich lege Wert auf einen möglichst geringen Beitrag.

Ich wünsche die Absicherung existenzbedrohender Risiken und strebe ein ausgewogenes Preis-/ Leistungsverhältnis an.

Ich wünsche die Absicherung existenzneutraler Risiken und möchte möglichst wenig Risiken selbst tragen. Die Beitragshöhe ist sekundär.



Ambulanter Bereich

Die gewünschte Selbstbeteiligung soll im Bereich von _____ € bis _____ € liegen. 

Bei den versicherten Leistungen sind folgende Punkte

Ambulante Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Alternative Heilmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arznei / Verbandmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brillen / Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsmöglichkeit der Ärzte über das 3,5-fache der Gebührenordnung hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmittel (z.B. Massagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung durch den Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel (z.B. Rollstühle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenfahrstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur aus Ambulanttarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurort-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stationäre Unterbringung

Einbettzimmer oder Zweibettzimmer oder Mehrbettzimmer


Behandlung durch Privatarzt Ja Nein

Stationäre Leistungsfragen




	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auslandsrücktransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsfrei bei Mutterschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entbindungspauschale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entziehungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich außerhalb Europas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischte Anstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsmöglichkeit der Ärzte über das 3,5-fache der Gebührenordnung hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur aus Stationärtarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Auslandsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Unterkunft § 4 (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportkosten im Inland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportkosten weltweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Zahnleistung

Erstattung zwischen 0 und 100 % 

Beispiel: GKV-orientierte Leistung: 100% / 60% / 60%, geringe Leistung 50% / 50% / 50% für

	Zahnbehandlung	_____ %	
	Kieferorthopädie	_____ %	
	Zahnersatz	_____ %	
oder			
	Festbetrag oder Leistung unter 50%	<input type="checkbox"/>	
oder			
	kein Honorar (nur für Zahnärzte)	<input type="checkbox"/>	

Zahn Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Entfällt Summenbegrenzung. bei Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsmöglichkeit der Ärzte über das 3,5-fache der Gebührenordnung hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heil- und Kostenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inlays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufende Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summenbegrenzung Zahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kurtagegeld_Gewünschter Tagessatz (in 10 €-Schritten):

_____ €

Kur Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Berufskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genesungskur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuren sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankentagegeld

Gewünschter Tagessatz (in 10 €-Schritten): _____ € ab Woche 6 (43. Tag)

Gewünschter Tagessatz (in 10 €-Schritten): _____ € ab Woche _____

Gewünschter Tagessatz (in 10 €-Schritten): _____ € ab Woche _____



Krankentagegeld Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Krankentagegeld bei alkoholbedingter Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassungsmöglichkeiten des Tagegeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsdauer des Tagegeldes unbegrenzt (bis Eintritt Berufsunfähigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagegeld bei Rehamaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegeversicherung

Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld kann zusätzlich zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden. Je nach Pflegebedürftigkeit wird ein entsprechend dem Pflegegrad abgestuftes Pflegetagegeld nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

Pflegetagegeld Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Beitragsbefreiung bei Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad der Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karenzzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschte Höhe des Pflegetagegeldes in Pflegestufe 3 (Ausgangspunkt für die meisten Anbieter zu Berechnung der Leistung in den Stufen 1 und 2) _____ €

Bei Beamten zusätzlich

- Beamtenanwärter
 Beihilfesatz
 50% oder 70% oder 80% oder _____ %

Es gelten die Beihilfavorschriften

der Bundes des Bundeslandes _____ oder sonst _____

Beihilfeergänzungstarif gewünscht

Ich bestätige, dass ich die Basisinformationen zur Krankenvollversicherung erhalten und gelesen habe.

Ort und Datum: _____

Unterschrift _____