



Risikoanalyse zur privaten Krankenzusatzversicherung für

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ und Ort	
Geburtstag	
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 private Krankenzusatzversicherungen.
- Ich wünsche später eine umfassende Beratung.

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.



Risikoanalyse für die private Krankenzusatzversicherung

Kunde/Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine private Krankenzusatzversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

Seit wann ? _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Falls nein: Bestand früher eine private Krankenzusatzversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Gewünschte Bausteine

stationäre Zusatzversicherung

Zahnzusatzversicherung

ambulante Zusatzversicherung

Heilpraktiker / Alternative Heilmedizin

Ergänzungsversicherung

Auslandsreisekrankenversicherung

Reisen Sie jährlich ins Ausland?

Ja Nein

Art der Aufenthalte

privat auch beruflich nur beruflich

Die maximale Reisedauer einer privaten Reise beträgt

_____ Wochen

Die maximale Reisedauer einer beruflichen Reise beträgt

_____ Wochen bzw. _____ Tage

Nächster Aufenthalt -geplante Reisedauer vom

_____ bis _____

Reiseziele

Schutz in Krisen- / Kriegsgebieten gewünscht

Ja Nein



Für folgende Personen wünsche ich Versicherungsvorschläge

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf

Ergänzungsfragen zur stationäre Zusatzversicherung

Unterbringung im Einbettzimmer gewünscht (statt Zweibettzimmer)  Ja Nein

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes

Achtung: Je mehr der nachfolgenden Leistungsextras Sie wünschen, desto weniger Tarife /Anbieter bleiben beim Vergleich übrig. Die **rot bzw. fett** kenntlich gemachten Fragen halten wir für sehr wichtig, die schwarzen für von Fall zu Fall wichtig und die **grün bzw. kursiv** kenntlich gemachten Fragen für eher unwichtig.

Um überproportionale Beitragssteigerungen, insbesondere im Alter, zu vermeiden:

Wünschen Sie einen Tarif, der Alterungsrückstellungen bildet?  Ja Nein

Der Tarif soll auch für stationäre Psychotherapie leisten  Ja Nein

Schutz auch für ambulante Operationen im Krankenhaus  Ja Nein

Vor- und nachstationäre Behandlung sollen mitversichert werden  Ja Nein

Erstattung auch über die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ hinaus  Ja Nein

Mitversicherung von Komfortleistungen (besondere Verpflegung, Telefon, TV u. ä.)  Ja Nein

Leistungen auch in gemischten Krankenanstalten ohne vorherige schriftliche Zusage  Ja Nein

Einschluss eines Optionsrechtes auf Wechsel in eine private Vollversicherung  Ja Nein

Mitversicherung eines Krankenhaustagegeldes für etwaige entstehende Mehrkosten  Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe ? _____ €



Ergänzungsfragen zur Zahnzusatzversicherung

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnersatz _____ % 

Einschluss von Inlays 

Einschluss von Implantaten 

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnbehandlung _____ % 

Gewünschte Erstattungshöhe bei Kieferorthopädie _____ % 

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Einschluss von prophylaktische Maßnahmen  Ja Nein

Erstattung auch über die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ hinaus Ja Nein

Erstattung auch ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe ? _____ %

Hohe Erstattungsleistung bereits in den ersten Versicherungsjahren Ja Nein

Ergänzungsfragen zu Heilpraktiker- / alternative Heilmedizin-Tarifen

Gewünschte Erstattungshöhe von Heilpraktikerrechnungen in Prozent _____ % 

Gewünschte Erstattungshöhe von Heilpraktikerrechnungen in € _____ € 

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Erstattung von alternativen Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis Ja Nein

Erstattung von alternativen Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte Ja Nein

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

Ort und Datum _____

Unterschrift Mandant/-in _____