



Risikoanalyse „Restkostentarife für Beamte“ für

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Status	<input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf <input type="checkbox"/> Beamte auf Probe <input type="checkbox"/> Beamter auf Lebenszeit
Bei Anwärtern	Beamtenanwärter von _____ bis _____
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 Krankenversicherung für Beamte

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.



Aktueller Versicherungsstatus

- Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
- freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung
- private Krankenvollversicherung
- Beihilfe und private Restkostenversicherung
- nur Beihilfe, noch keine Restkostenversicherung vorhanden
- Anspruch auf freie Heilfürsorge

Beihilfavorschriften

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

Es gelten die Beihilfavorschriften

- der Bundes des Bundeslandes _____ oder sonst _____

Fragen zum Umfang des gewünschten Versicherungsschutzes

Allgemeine Fragen

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

- Weltweiter Versicherungsschutz gewünscht für maximal _____ Monate (1 Monat ist Standard)
- Beihilfeergänzungstarif gewünscht

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
<input type="checkbox"/> Rücktransport aus dem Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinderwunschbehandlung soll nicht ausgeschlossen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beitragsfreiheit bei Entbindung für einen gewissen Zeitraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ambulanter Bereich

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

Bei den versicherten Leistungen sind folgende Punkte

<u>Ambulante Leistungsfragen</u>	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
<input type="checkbox"/> Abrechnungsmöglichkeit der Ärzte über das 3,5-fache der Gebührenordnung (GOÄ) hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Behandlung durch den Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Erstattung weiterer Naturheilverfahren / Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternative Behandlungsmethoden auch durch Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeuntersuchungen über gesetzlich eingeführte Programme hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzimpfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliche Behandlungs- und Krankenpflege			
Ambulante Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Kuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stationäre Unterbringung


Empfohlener Mindeststandard: Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung oder abweichend

- Einbettzimmer mit Chefarztbehandlung (Wahlleistungen)
 Mehrbettzimmer ohne Chefarztbehandlungen (ohne Wahlleistungen)

Stationäre Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Abrechnungsmöglichkeit der Ärzte über das 3,5-fache der Gebührenordnung (GOÄ) hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankentransporte zum/vom nächst gelegenen Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschlussheilmaßnahme (AHB) in gemischten Anstalten ohne vorherige Zusage des Versicherungsunternehmens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Kuren			

Zahnleistung

Zahnbehandlung _____ % 
 Kieferorthopädie _____ % 
 Zahnersatz _____ % 

Anzahl fehlender Zähne: _____ Zähne

Zahn Leistungsfragen

	unverzichtbar	wichtig	unwichtig
Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsmöglichkeit der Zahnärzte über das 3,5-fache der Gebührenordnung (GOZ) hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heil- und Kostenplan nicht vorgeschrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantat und Inlays ohne pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kurtagegeld

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



Pflegetagegeldversicherung

Ein Pflegetagegeld kann zusätzlich zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden. Je nach Pflegebedürftigkeit wird dann ein entsprechend dem Pflegegrad abgestuftes zusätzliches Pflegetagegeld gezahlt. Ob zusätzlicher Versicherungsschutz überhaupt benötigt wird, ist im Einzelfall zu prüfen. Ansprüche bei Erwerbsminderung und im Alter sind zu berücksichtigen. Bitte fordern Sie hierfür unsere gesonderte Risikoanalyse samt zugehöriger Mandanteninformation an.

Ich bitte um Zusendung weiterer Informationen zur Pflegeversicherung

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

Weitere zu versichernde Personen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf

Ort und Datum:

Unterschrift
