

# Kurzanfragebogen KV-Zusatz

## Interessent

Name, Vorname

Geburtsdatum

männlich  weiblich

Aktueller Versicherer

Aktueller Tarif

Es besteht keine Zusatzversicherung

## Ambulante Absicherung

### Leistungswünsche

	Premium	Komfort	Basis	Individuell
Heilpraktiker Erstattung mindestens xx % vom Rechnungsbetrag	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="text"/> %
Heilpraktiker Erstattung mindestens xxx € vom Rechnungsbetrag	<input type="checkbox"/> 1.000€	<input type="checkbox"/> 500€	<input type="checkbox"/> 300€	<input type="text"/> €
Hufelandverzeichnis (besondere Heilverfahren außerhalb der Gebührenordnung für Heilpraktiker)	<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht		—
Sehhilfen Erstattung mindestens xx % vom Rechnungsbetrag	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="text"/> %
Sehhilfen Erstattung mindestens xxx € vom Rechnungsbetrag	<input type="checkbox"/> 300€	<input type="checkbox"/> 200€	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="text"/> €
Erneuter Anspruch auf Sehhilfen mindestens alle	<input type="checkbox"/> 12 Monate	<input type="checkbox"/> 24 Monate	<input type="checkbox"/> 36 Monate	—
Vorsorgeuntersuchungen mindestens xxx €	<input type="checkbox"/> 400€	<input type="checkbox"/> 200€	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="text"/> €
Ambulante Behandlung als Privatpatient (Tarifkosten i.d.R. mind. 80€ bis über 200€ pro Monat)	<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht		—
Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen berücksichtigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

### Sonstige Anmerkungen:

Es wird kein Vorschlag für eine ambulante Zusatzversicherung gewünscht.

# Kurzanfragebogen KV-Zusatz

## Stationäre Absicherung

Leistungswünsche	Premium	Komfort	Basis	Individuell
1-Bett/ Privatärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Gewünscht	-		-
2-Bett/ Privatärztliche Behandlung	-	<input type="checkbox"/> Gewünscht	-	-
Keine Begrenzung auf den 3,5-fachen Satz der GOÄ	<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht		-
Behandlung auch in echten Privatkliniken auch ohne GKV-Vorleistung	<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht		-
Ersatzkrankenhaustagegeld, wenn keine Privatbehandlung und -unterbringung erfolgen	<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht		-
Krankenhaustagegeld (in den ersten 28 Tagen fällt eine Zuzahlung von je 10€ an)	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 10€	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	<input type="text" value="€"/>
Stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne schriftliche Zusage?	<input type="checkbox"/> Gewünscht		<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	-
Sind Leistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> Gewünscht		<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	-
Werden die von der GKV nicht übernommenen Restkosten bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses erstattet?	<input type="checkbox"/> Gewünscht		<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	-
Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen berücksichtigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

## Sonstige Anmerkungen:

Es wird kein Vorschlag für eine stationäre Zusatzversicherung gewünscht, obwohl mir bewusst ist, dass eine optimale medizinische Versorgung ohne eine solche Versicherung eventuell mit fünf- bis sechsstelligen Kosten verbunden ist.

# Kurzanfragebogen KV-Zusatz

## Zahnabsicherung

Leistungswünsche	Premium	Komfort	Basis	Individuell
Erstattung für Zahnersatz in % inkl. GKV Preisbeispiel: Implantat 1.500€ - 2.500€	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="text"/> %
Mindesterstattung für Zahnleistungen im ersten Jahr:	<input type="checkbox"/> Keine Summenbegrenzung (Wenige Anbieter)	<input type="checkbox"/> 900€	<input type="checkbox"/> 500€	<input type="text"/> €
Mindesterstattung für Zahnleistungen im ersten + zweiten Jahr:	<input type="checkbox"/> Keine Summenbegrenzung (Wenige Anbieter)	<input type="checkbox"/> 1.800€	<input type="checkbox"/> 1.000€	<input type="text"/> €
Leistungsbegrenzung max. x Jahre	<input type="checkbox"/> Keine Leistungsbegrenzung	<input type="checkbox"/> Max. 4 Jahre	<input type="checkbox"/> Max. 8 Jahre	<input type="text"/> Max. Jahre
Erstattung Zahnersatz ohne GKV-Vorleistung	<input type="checkbox"/> Gewünscht		<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
Erstattung Zahnbehandlung mit und ohne GKV-Vorleistung Preisbeispiel: Wurzelbehandlung 300€ - 1.000€	<input type="checkbox"/> Mit und ohne GKV-Vorleistung		<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
Professionelle Zahnreinigung mindestens xxx € Preisbeispiel: 50€ - 150€	<input type="checkbox"/> Unbegrenzt	<input type="checkbox"/> 80€ p.a.	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	<input type="text"/> € € p.a.
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> KIG-Stufe 1 - 5	<input type="checkbox"/> KIG-Stufe 3 - 5	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
Mindesterstattung KFO in %	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	<input type="text"/> %
Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen berücksichtigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

## Sonstige Anmerkungen:

Es wird kein Vorschlag für eine Zahnabsicherung gewünscht.

Ort/Datum

X

Unterschrift des Kunden