

# Kurzanfragebogen KV-Zusatz

## Interessant

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"/><br>80%                           | <input type="checkbox"/><br>60%             | <input type="checkbox"/><br>40%       | <input type="text"/> % |
| Heilpraktiker Erstattung mindestens xxx € vom Rechnungsbetrag                                 | <input type="checkbox"/><br>1.000€                        | <input type="checkbox"/><br>500€            | <input type="checkbox"/><br>300€      | <input type="text"/> € |
| Hufelandverzeichnis (besondere Heilverfahren außerhalb der Gebührenordnung für Heilpraktiker) | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht |                                       | —                      |
| Sehhilfen Erstattung mindestens xx % vom Rechnungsbetrag                                      | <input type="checkbox"/><br>100%                          | <input type="checkbox"/><br>80%             | <input type="checkbox"/><br>60%       | <input type="text"/> % |
| Sehhilfen Erstattung mindestens xxx € vom Rechnungsbetrag                                     | <input type="checkbox"/><br>300€                          | <input type="checkbox"/><br>200€            | <input type="checkbox"/><br>100€      | <input type="text"/> € |
| Erneuter Anspruch auf Sehhilfen mindestens alle   | <input type="checkbox"/><br>12 Monate                     | <input type="checkbox"/><br>24 Monate       | <input type="checkbox"/><br>36 Monate | —                      |
| Vorsorgeuntersuchungen mindestens xxx €   | <input type="checkbox"/><br>400€                          | <input type="checkbox"/><br>200€            | <input type="checkbox"/><br>100€      | <input type="text"/> € |
| Ambulante Behandlung als Privatpatient (Tarifkosten i.d.R. mind. 80€ bis über 200€ pro Monat) | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     | <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Gewünscht                     | -   |   | -                              |
| 2-Bett/ Privatärztliche Behandlung   | -   | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht       | -   | -                              |
| Keine Begrenzung auf den 3,5-fachen Satz der GOÄ   | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht |   | -                              |
| Behandlung auch in echten Privatkliniken auch ohne GKV-Vorleistung   | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht |   | -                              |
| Ersatzkrankenhaustagegeld, wenn keine Privatbehandlung und -unterbringung erfolgen   | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht |   | -                              |
| Krankenhaustagegeld (in den ersten 28 Tagen fällt eine Zuzahlung von je 10€ an)  | <input type="checkbox"/><br>20€                           | <input type="checkbox"/><br>10€             | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | <input type="text" value="€"/> |
| Stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne schriftliche Zusage?   | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     |   | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | -                              |
| Sind Leistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung erstattungsfähig?  | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     |   | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | -                              |
| Werden die von der GKV nicht übernommenen Restkosten bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses erstattet? | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                     |   | <input type="checkbox"/><br>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<br>Preisbeispiel: Implantat 1.500€ - 2.500€                       | <input type="checkbox"/><br>90%   | <input type="checkbox"/><br>70%             | <input type="checkbox"/><br>50%             | <input type="text"/> %           |
| Mindesterstattung für Zahnleistungen<br>im ersten Jahr:  | <input type="checkbox"/><br>Keine Summenbegrenzung<br>(Wenige Anbieter) | <input type="checkbox"/><br>900€            | <input type="checkbox"/><br>500€            | <input type="text"/> €           |
| Mindesterstattung für Zahnleistungen im<br>ersten + zweiten Jahr:  | <input type="checkbox"/><br>Keine Summenbegrenzung<br>(Wenige Anbieter) | <input type="checkbox"/><br>1.800€          | <input type="checkbox"/><br>1.000€          | <input type="text"/> €           |
| Leistungsbegrenzung max. x Jahre   | <input type="checkbox"/><br>Keine Leistungsbegrenzung                   | <input type="checkbox"/><br>Max. 4 Jahre    | <input type="checkbox"/><br>Max. 8 Jahre    | <input type="text"/> Max. Jahre  |
| Erstattung Zahnersatz ohne GKV-Vorleistung   | <input type="checkbox"/><br>Gewünscht                                   |   | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | —                                |
| Erstattung Zahnbehandlung mit und ohne<br>GKV-Vorleistung<br>Preisbeispiel: Wurzelbehandlung 300€ - 1.000€ | <input type="checkbox"/><br>Mit und ohne<br>GKV-Vorleistung             |   | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | —                                |
| Professionelle Zahnreinigung mindestens<br>xxx €<br>Preisbeispiel: 50€ - 150€                              | <input type="checkbox"/><br>Unbegrenzt                                  | <input type="checkbox"/><br>80€ p.a.        | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | <input type="text"/> €<br>€ p.a. |
| Kieferorthopädie   | <input type="checkbox"/><br>KIG-Stufe 1 - 5                             | <input type="checkbox"/><br>KIG-Stufe 3 - 5 | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | —                                |
| Mindesterstattung KFO in %   | <input type="checkbox"/><br>90%   | <input type="checkbox"/><br>70%             | <input type="checkbox"/><br>Nicht gewünscht | <input type="text"/> %           |
| Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen<br>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