

Datenerfassungsbogen KV-Zusatz Ambulant



Interessant	Aktuell bestehende Zusatzversicherungen
Nachname/Vorname <input type="text"/>	Versicherer <input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/>	Tarif <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Nicht gewünscht
Heilpraktiker Erstattung mindestens xxx € vom Rechnungsbetrag	<input type="checkbox"/> 1.000 €	<input type="checkbox"/> 500 €	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht
Hufelandverzeichnis (besondere Heilverfahren außerhalb der Gebührenordnung für Heilpraktiker)	<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht		—
Naturheilverfahren durch Ärzte	<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="checkbox"/> Nicht gewünscht
Sehhilfen Erstattung mindestens xxx € vom Rechnungsbetrag	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> 200 €	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht
Erneuter Anspruch auf Sehhilfen mindestens alle	<input type="checkbox"/> 24 Monate		<input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht
Vorsorgeuntersuchungen mindestens xxx €	<input type="checkbox"/> 400 €	<input type="checkbox"/> 200 €	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht
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			

Wie viel möchte der Kunde für die Absicherung monatlich investieren? €

Sonstige Anmerkungen
(z.B. ist aktuell eine Sehhilfe vorhanden?)

(Max. 120 Zeichen möglich)

Es wird kein Vorschlag für eine ambulante Zusatzversicherung gewünscht

Datenerfassungsbogen KV-Zusatz Stationär



Stationäre Absicherung

Leistungswünsche

1-Bett/ Privatärztliche Behandlung

Premium **Komfort** **Basis** **Individuell**

Gewünscht — —

2-Bett/ Privatärztliche Behandlung

— Gewünscht —

Keine Begrenzung auf den 3,5-fachen Satz der GOÄ

Gewünscht Nicht gewünscht —

Behandlung auch in echten Privatkliniken auch ohne GKV-Vorleistung

Gewünscht Nicht gewünscht —

Rooming-In

Gewünscht Nicht gewünscht —

Ambulante Operationen

Gewünscht Nicht gewünscht —

Krankenhaustagegeld (in den ersten 28 Tagen fällt eine Zuzahlung von je 10€ an)

20 € 10 € Nicht gewünscht €

Stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne schriftliche Zusage?

Gewünscht Nicht gewünscht —

Sind Leistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung erstattungsfähig?

Gewünscht Nicht gewünscht —

Werden die von der GKV nicht übernommenen Restkosten bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses erstattet?

Gewünscht Nicht gewünscht —

Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen berücksichtigen

ja nein

Wie viel möchte der Kunde für die Absicherung monatlich investieren? €

Sonstige Anmerkungen

(z.B. bestehen gesundheitliche Beschwerden oder chronische Erkrankungen?)

(Max. 200 Zeichen möglich)

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.

Datenerfassungsbogen

KV-Zusatz Zahn



Zahnabsicherung

Leistungswünsche

Erstattung für Zahnersatz in % inkl. GKV
Preisbeispiel: Implantat 1.500€ - 2.500€

Premium

Komfort

Basis

Individuell

90 %

70 %

50 %

%

Leistungen für Implantate?

Gewünscht

Nicht gewünscht

—

Leistungen für Inlays?

Gewünscht

Nicht gewünscht

—

Erstattung Zahnersatz ohne
GKV-Vorleistung

Gewünscht

Nicht gewünscht

—

Erstattung Zahnbehandlung mit und ohne
GKV-Vorleistung
Preisbeispiel: Wurzelbehandlung 300€ - 1.000€

Mit und ohne GKV-Vorleistung

Nicht gewünscht

—

Professionelle Zahnreinigung mindestens
xxx €
Preisbeispiel: 50€ - 150€

Über 100 € p.a.

80 € p.a.

Nicht gewünscht

€ p.a.

Kieferorthopädie

KIG-Stufe 1 - 2

KIG-Stufe 3 - 5

Nicht gewünscht

—

Mindesterstattung KFO in %

90 %

70 %

Nicht gewünscht

%

Mindesterstattung KFO in €

Mindestens 2.400 €

Mindestens 1.000 €

Mindestens 500 €

€

Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen
berücksichtigen

ja nein

Verzicht auf Wartezeiten?

Gewünscht

Nicht gewünscht

—

Wie viel möchte der Kunde für die Absicherung monatlich investieren? €

Sonstige Anmerkungen

(z.B. Anzahl fehlender, nicht ersetzter Zähne
oder Anzahl Zahnersatz)

(Max. 120 Zeichen möglich)

Es wird kein Vorschlag für eine Zahnabsicherung gewünscht.

Ort/Datum

X

Unterschrift des Kunden