

**Bedarfsanalyse Krankenvollversicherung – Bitte Rückantwort per Fax an 06231-91331  
Bei Rückfragen wählen Sie bitte 06231-91332**

**Stammdaten**

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 19\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Versicherungsbeginn 01. \_\_\_\_\_. 2009

**Berufsstatus**

- Angestellter
- Angestellter des öffentlichen Dienstes
- Selbständiger
- Selbständiger Handwerker
- Freiberufler

**Genauere Berufsbezeichnung** \_\_\_\_\_

**Familienstand**

- Ledig
- Verheiratet
- Geschieden
- Lebenspartnerschaft
- Verwitwet

**Kinder**

- GKV freiwillig versichert
- GKV pflichtversichert
- Zusatzversicherung vorhanden
- PKV

**Derzeitiger Versicherer**

\_\_\_\_\_

**Derzeitiger Versicherungstarif**

\_\_\_\_\_

**Versicherungsscheinnummer**

\_\_\_\_\_

**Wie lange bei dem Versicherer versichert?**

\_\_\_\_\_

**Motiv für einen Wechsel**

- Beitragssparnis
- Besserer Versicherungsschutz
- \_\_\_\_\_

### **Kompakttarife**

- Kompakttarife Normal
- Kompakte Normal- und Arzt- / Zahnarzttarife
- Kompakte Normal- und Osttarife

### **Modultarife**

- Modulare Tarife Normal
- Modulare Normal- und Arzt-/Zahnarzttarife

### **Krankenhaustagegeld**

- Versichert mit \_\_\_\_\_ Euro

### **Krankentagegeld**

- Versichert mit \_\_\_\_\_ Euro mit einer Karenzzeit von \_\_\_\_\_ Tagen
- Versichert mit \_\_\_\_\_ Euro mit einer Karenzzeit von \_\_\_\_\_ Tagen
- Versichert mit \_\_\_\_\_ Euro mit einer Karenzzeit von \_\_\_\_\_ Tagen

### **Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung?**

- Ja
- Nein

### **Selbstbehalt ambulant Tarif**

- Egal
- Kein SB
- Bis 250 Euro
- Bis 500 Euro
- Bis 750 Euro
- Bis 1000 Euro
- Bis 2500 Euro
- Über 2500 Euro

### **Selbstbehalt Stationär Tarif**

- Egal
- Kein SB
- Bis 250 Euro
- Bis 500 Euro
- Bis 750 Euro
- Bis 1000 Euro
- Bis 2500 Euro
- Über 2500 Euro

### **Selbstbehalt Zahn Tarif**

- Egal
- Kein SB
- Bis 250 Euro
- Bis 500 Euro
- Bis 750 Euro
- Bis 1000 Euro
- Bis 2500 Euro
- Über 2500 Euro

### **Kinderalleinversicherung**

- Nur Tarife berücksichtigen, in denen Kinder allein versicherbar sind

### **Wünschen Sie freie Arztwahl oder die Erstattung nach dem Primärarztprinzip?**

- Generell freie Arztwahl gewünscht
- Auch Tarife mit Primärarztprinzip sollen berücksichtigt werden

### **Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen**

- Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen über das gesetzliche Maß hinaus
- Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen reichen aus

### **Art der Heilmitteldefinition**

- Abschließende Auszählung der Heilmittel gewünscht
- Offene Aufzählung der Heilmittel gewünscht

### **Welche speziellen Heilmittel sollen versichert werden?**

- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Ergotherapie
- Podologie

### **Begrenzung der Sitzungen bei ambulanter Psychotherapie**

- Mindestens 40 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers
- Auch Tarife mit weniger als 40 Sitzungen ohne vorherige Zusage des Versicherers

### **Welche Heilbehandler sollen bei ambulanter Psychotherapie erstattungsfähig sein?**

- Erstattung auch für andere Heilbehandler, wie psychologische Psychotherapeuten etc. gewünscht
- Erstattung für Ärzte reicht aus

### **Art des Hilfsmittelkataloges**

- Geschlossener Hilfsmittelkatalog
- Offener Hilfsmittelkatalog gewünscht

### **Umfang der Hilfsmittel**

- Orthopädische Hilfsmittel
- Prothesen, Körperersatzstücke
- Krankenfahrstühle, Rollatoren
- Lebenserhaltende Hilfsmittel
- Sonstige Hilfsmittel

### **Erstattung für Sehhilfen**

- Erstattung für Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen
- Erstattung für Brillengestelle und Gläser reicht aus
- Erstattung für Brillengestelle reicht aus

### **Sollen Heilpraktiker und alternative Heilmethoden erstattungsfähig sein?**

- Erstattung für Heilpraktiker-Leistungen gewünscht
- Leistung für zusätzliche alternative Heilmethoden gewünscht

### **Wünschen Sie die Erstattung von ambulanten Transportkosten?**

- Ambulante Transporte sollen möglichst umfangreich abgesichert sein
- Auch eingeschränkte Absicherung ambulanter Transporte reicht aus

### **Wünschen Sie Leistung bei künstlicher Befruchtung?**

- Leistung für künstliche Befruchtung gewünscht

### **Wünschen Sie die Zahlung einer Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung?**

- Zahlung einer Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung gewünscht

**Welche Abrechnung nach GOÄ soll erstattungsfähig sein?**

- Erstattung soll auch über die Höchstsätze hinaus erfolgen
- Erstattung bis zu den Höchstsätzen gewünscht
- Erstattung soll mindestens nach den Regelsätzen erfolgen

**Welche Krankenhausleistungen sollen erstattet werden?**

- Leistung für ein Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarzt gewünscht
- Leistung für Zweibettzimmer und Chefarzt gewünscht
- Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen reichen aus

**Sollen die Kosten eines Belegarztes erstattet werden?**

- Erstattung für Belegarztkosten gewünscht

**Wünschen Sie die Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegeldes?**

- Leistung für Rooming-In gewünscht

**Umfang der stationären Transportkosten**

- Stationäre Transporte sollen möglichst umfangreich abgesichert sein
- Auch eingeschränkte Absicherung stationärer Transporte reicht aus

**In welcher Form sollen Leistungen für gemischte Anstalten erbracht werden?**

- Umfangreiche Erstattung für gemischte Anstalten und Leistung für medizinisch notwendige Heilbehandlung eines Rheumaleidens in spezialisierten Heilstätten gewünscht
- Umfangreiche Erstattung für gemischte Anstalten gewünscht
- Leistung nur nach vorheriger schriftlicher Zusage reicht aus

**Wünschen Sie Leistung für stationäre Entziehungs- und Entwöhnungsmaßnahmen?**

- Leistung für stationäre Entziehungs- und Entwöhnungsmaßnahmen gewünscht

**Welche Abrechnung nach GOÄ soll erstattungsfähig sein?**

- Erstattung soll auch über die Höchstsätze hinaus erfolgen
- Erstattung bis zu den Höchstsätzen gewünscht
- Erstattung soll mindestens nach den Regelsätzen erfolgen

**Wünschen Sie Erstattung von Zahnbehandlung?**

- 100% Zahnbehandlung gewünscht
- 80% bis 90% Zahnbehandlung gewünscht
- 80% oder weniger für die Zahnbehandlung

**Wünschen Sie die Erstattung von Zahnersatz?**

- 80% bis 100% bei Zahnersatz gewünscht
- 70% bis 80% für Zahnersatz gewünscht
- 70% oder weniger für Zahnersatz gewünscht

**Welche Leistungen sollen bei Zahnersatz erbracht werden?**

- Leistung für Prothetik
- Leistungen für Implantate
- Leistung für Inlays
- Leistung für Verblendungen

**Wünschen Sie die Erstattung von Kieferorthopädie?**

- 80% bis 100% für Kieferorthopädie gewünscht
- 70% bis 80% für Kieferorthopädie gewünscht
- Erstattung auch unter 70% gewünscht

### **Wünschen Sie Verzicht auf Zahnstaffeln?**

- Tarife ohne oder mit hoher Zahnstaffel gewünscht
- Tarife mit mittlerer Zahnstaffel gewünscht
- Auch Tarife mit geringer Zahnstaffel berücksichtigen

### **Welche Abrechnung nach GOÄ / GOZ soll erstattungsfähig sein?**

- Erstattung soll auch über die Höchstsätze hinaus erfolgen
- Erstattung bis zu den Höchstsätzen gewünscht
- Erstattung soll mindestens nach Regelsätzen erfolgen

### **Sollen Leistungen bei ambulanter Kur bzw. ambulanter Heilbehandlung in einem Kurort erstattet werden?**

- Leistung für ambulante Heilbehandlung in einem Kurort / Heilbad gewünscht
- Erstattung für ambulante Kur gewünscht

### **Wünschen Sie Leistung bei stationärer Kur / Anschlussheilbehandlung / Rehabilitation?**

- Leistung bei Kur, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation gewünscht
- Leistung für Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation gewünscht
- Leistung für Anschlussheilbehandlung gewünscht

### **Welchen Geltungsbereich wünschen Sie?**

- Weltweiter Versicherungsschutz gewünscht
- Schutz in Europa und Übersee reicht aus
- Schutz in Europa reicht aus

### **Wie lange soll der Versicherungsschutz im Ausland gewährt werden?**

- Unbefristeter Versicherungsschutz, mindestens 12 Monate gewünscht
- Mindestens sechs Monate gewünscht
- Auch weniger als sechs Monate reichen aus

### **Soll der Versicherungsschutz für Rücktransport und Überführung bestehen?**

- Leistung für Rücktransport und Überführung gewünscht
- Leistung für Rücktransport reicht aus

### **Wünschen Sie den Verzicht auf Wartezeiten?**

- Tarife mit Verzicht auf Wartezeiten gewünscht
- Tarife mit Verzicht auf Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes reichen aus
- Tarife mit Wartezeiten reichen aus

### **Wünschen Sie das Angebot einer Umstellungsoption?**

- Umstellungsoption in höherwertige Tarife und geringeren Selbstbehalt-Stufen gewünscht
- Umstellungsoption in höherwertige Tarife reicht aus
- Umstellungsoption in andere Selbstbehalt-Stufen reicht aus

### **Haben Sie spezielle Wünsche zu Versicherern oder Produkten?**

---

---

---

### **Datenschutzerklärung / Weiterleitung / Betreuung**

Der Kunde willigt ein, dass bei dem Vermittler bzw. dem Vermittlerunternehmen die Inhalte dieser Dokumentation der Beratung auch in elektronischer Form abgespeichert werden. Soweit dies zur weiteren Betreuung des Kunden erforderlich ist, kann der Vermittler bzw. das Vermittlerunternehmen auf die Inhalte der Dokumentation zurückgreifen. Der Vermittler bzw. das Vermittlerunternehmen verpflichten sich, die Regeln des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten. Insbesondere stellen sie sicher, dass kein Unbefugter Dritter diese Daten nutzen kann.

**Kunde und Vermittler bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass diese Beratung so stattgefunden hat und die wesentlichen Inhalte korrekt wiedergegeben sind. Dem Kunden ist bewusst, dass der Vermittler nur auf Grund seiner persönlichen Angaben, der festgehaltenen Wünsche und Bedürfnisse, die Beratung durchgeführt und die Angebote unterbreitet hat.**

Gesprächspartner und  
weitere Anwesende: \_\_\_\_\_

Ort des Gespräches und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_ Unterschrift Makler \_\_\_\_\_