



Fragebogen zum gewünschten Leistungsumfang in der privaten Krankenvollversicherung

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Haus-/Primärarzt (HAP)

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kein Haus-/Primärarztprinzip gewünscht	✓			
Verzicht auf HAP bei Not- und Bereitschaftsärzten	✓	✓	✓	
Verzicht auf HAP im Ausland	✓	✓		

Gebührenordnung

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GOÄ ambulant – Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ ambulant – Erstattung auch über Höchstsatz	✓			
GOÄ stationär – Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ stationär – Erstattung auch über Höchstsatz	✓	✓		
GOÄ Zahn – Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
GOÄ Zahn – Erstattung auch über Höchstsatz	✓			

Heilpraktiker/ Naturheilverfahren

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstattungssatz Heilpraktiker mind. %	80%	80%	60%	
Erstattung mind. xxx € p.a.	2.000 €	1.000 €	500 €	
Alternative Heilmethoden / Hufelandverzeichnis erstattungsfähig	✓			
Erstattung mind. bis zum Höchstsatz des Gebüh.	✓	✓		

Vorsorge/ Schutzimpfungen

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorsorge im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme	✓	✓	✓	
Schutzimpfungen	✓	✓	✓	
Vorsorge ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme	✓	✓		
Vorsorge ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt	✓			



		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heilmittel	Erstattungssatz mind. %	100%	80%	50%	
	Maximale Selbstbeteiligung im Bereich Heilmittel	0 €			
	Keine unüblichen Beschränkungen gewünscht	✓			
	Logopädie durch Logopäden	✓	✓	✓	
	Ergotherapie durch Ergotherapeuten	✓	✓	✓	

		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsmittel	Erstattungssatz mind. %	100%	80%	70%	
	Maximale Selbstbeteiligung im Bereich Hilfsmittel	0 €			
	Offener Hilfsmittelkatalog	✓			
	Offen im Bereich lebenserhaltender Hilfsmittel	✓	✓		
	Atem-, Herzmonitore und Beatmungsgeräte	✓	✓	✓	
	Körperersatzstücke uneingeschränkt	✓	✓		
	Prothesen uneingeschränkt	✓	✓	✓	
	Heimdialyse	✓	✓		
	Hör-/Sprechgeräte, Kunstaugen, orthopädische Schuhe	✓	✓	✓	
	Blindenhund o. Blindenleitgerät	✓			

		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	Anzahl psychotherapeutischer Sitzungen p.a. mind.	30	30	20	
	Auch ohne vorherige Zusage des Versicherers	✓	✓		
	Delegationsverfahren	✓			
	Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	✓	✓	

		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte	Ambulante Krankentransporte/Fahrten zur Chemotherapie, Dialyse, Strahlenbehandlung	✓			
	Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	✓	✓	✓	



		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Stationär	Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1-Bettzimmer	✓			
	2-Bettzimmer	✓	✓		
	Wahlärztliche Behandlung	✓	✓		
	GOÄ stationär – Erstattung mind. bis zum Höchstsatz	✓	✓	✓	
	GOÄ stationär – Erstattung auch über den Höchstsatz hinaus	✓	✓		
	Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	✓	✓	✓	
	Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt	✓	✓	✓	
	Verbesserte Regelung bei sog. „gemischten Anstalten“	✓	✓	✓	
	Anschluss-Reha bedingungsgemäß nach Zusage des Versicherers versichert	✓			
	Verzicht auf rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes	✓	✓		

		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Zahn	Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zahnbehandlung mind. %	100%	90%	80%	
	Zahnersatz mind. %	75%	65%	50%	
	Kieferorthopädie mind. %	75%	65%	50%	
	Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	✓			
	Inlays & Implantate ohne pauschale Beschränkungen	✓	✓		
	Summenbegrenzung max. in den ersten xxx Jahren	max.3 Jahre	max. 10 Jahre		
	Summenbegrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten	✓	✓	✓	

		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Ausland	Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Keine Begrenzung auf deutsches Kostenniveau bei gezielten Behandlungen im Ausland	✓			
	Volle tarifliche Leistung bei vorübergehender Wohnsitzverlegung innerhalb der EU	✓			
	Volle tarifliche Leistung bei dauerhafter Wohnsitzverlegung innerhalb der EU	✓			
	Weltweiter Versicherungsschutz für mind. xxx Monate	6	3	2	
	Rücktransport aus dem Ausland	✓	✓	✓	

		Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
Optionen	Bitte den gewünschten Mindeststandard auswählen →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Anzahl Optionszeitpunkte	2	1	1	
	Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen	✓	✓	✓	
	Anlassbezogenes Optionsrecht (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende)	✓			
	Gleiches Optionsrecht für alle versicherten Personen	✓			
	Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung	✓	✓		



Fragebogen zum gewünschten Leistungsumfang in der privaten Krankenvollversicherung

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Ihr Anforderungsprofil

	Premium	Komfort	Basis	keine Anforderung
	gewählter Mindeststandard			
Haus-/Primärarztprinzip				
Gebührenordnung				
Heilpraktiker/Naturheilverfahren				
Vorsorge/Schutzimpfungen				
Heilmittel				
Hilfsmittel				
Psychotherapie				
Transporte				
Stationär				
Zahn				
Ausland				
Optionen				
Krankentagegeld		_____ € ab	.Tag	
Krankenhaustagegeld		_____ € pro Tag		
Pflegezusatz		_____ € pro Tag ab Pflegestufe 1 – 2 – 3		

Sonstiges: