

Vorname, Name	Geburtsdatum	Datum

Krankenvollversicherung – Persönliche Leistungsanalyse

	Allgemeines	K.O.	Wichtig	Unwichtig
1.10	Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit garantiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit mind. ... Monatsbeiträge im 1. VJ	Monatsbeiträge		
1.12	Wartezeiten – keine Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13	Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	Monate		
1.14	Rücktransport aus dem Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.15	Optionsrecht auf Höherversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.16	Beitragsfrei nach Entbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.17	Verzicht auf Kriegsklausel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selbstbeteiligung	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.11	SB max. ... € p.a.	€		
2.12	SB nur ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13	SB für Kinder reduziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14	Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnungen auf Selbstbehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulant GOÄ/Primär-/Hausarzt	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.21	Volle Erstattung direkte Facharztkonsultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.22	GOÄ ambulant: mind. bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.23	GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heilpraktiker/Naturheilkunde	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.30	Heilpraktiker erstattungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.31	Hufeland/alternative Heilmethoden erstattungsfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.32	Heilpraktiker mind. bis Höchstsatz Gebüh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vorsorge	K.O.	Wichtig	Unwichtig

2.40	Vorsorge auch über gesetzliche Programme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.41	Schutzimpfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heilmittel	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.50	Heilmittel – kein Preis-/Leistungsverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.51	Heilmittel – keine pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.52	Heilmittel – Logopädie durch Logopäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.53	Heilmittel – Ergotherapie durch Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilfsmittel	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.60	offener Hilfsmittelkatalog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.612	Hilfsmittel – mind. normale Ausführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.613	Hilfsmittel – Reparatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.614	Hilfsmittel – keine Beschränkung der Bezugsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.615	Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.616	Kunstaugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.617	Blindenhund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.618	Hör-/Sprechgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.619	orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.620	Atemmonitor (Heimgerät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.621	Herzmonitor (Heimgerät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.622	Beatmungsgeräte (Heimgerät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.623	Blindenlese-/Vorlesegerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.624	Krankenfahrstuhl ohne Summenbegrenzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehhilfen	K.O.	Wichtig	Unwichtig

2.70	Sehhilfen Erstattung mind. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.71	Sehhilfen Erstattung mind. alle 24 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Psychotherapie	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.80	Psychotherapie auch ohne vorherige Zusage des VR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.81	Psychotherapie im Delegationsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.82	Psychotherapie ohne unübliche Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.83	mind. ... psychotherapeutische Sitzungen p.a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.90	Verzicht auf Kurortklausel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.91	Krankentransporte ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arznei-/Verbandmittel	K.O.	Wichtig	Unwichtig
2.95	Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.96	Nährmittel bei schweren Erkrankungen mitversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stationärer Versicherungsschutz	K.O.	Wichtig	Unwichtig
3.1	1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	2-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Mehr-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Privatärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14	GOÄ stationär: mind. bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15	GOÄ stationär: ohne Begrenzung auf den Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Krankentransporte bis nächstes geeignetes KH ohne KM-Grenze, keine Begrenzung auf Fahrten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17	Ersatzkrankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18	Entziehungsmaßnahmen versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.19	Gemischte Anstalten – bessere Regelung als MB/KK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20	Verzicht auf rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21	Stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zahn-Versicherungsschutz	K.O.	Wichtig	Unwichtig
4.1	Zahnbehandlung mind. %			%
4.11	Zahnersatz mind. %			%
4.12	Kieferorthopädie mind. %			%
4.13	Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14	GOZ Zahn: mind. bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	GOZ Zahn: ohne Begrenzung auf den Höchstsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Kein Preis-/Leistungsverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17	Summenbegrenzung max. ... Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18	Summenbegrenzung entfällt bei Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19	Heil- u. Kostenplan nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.20	Inlays u. Implantate ohne pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.21	Inlays = Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Verdienstaussfall (Krankentagegeld)	K.O.	Wichtig	Unwichtig
	<p>Ermittlung des Krankentagegeldbedarfes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gesetzlich krankenversichert – Absicherung des Fehlbetrages Anspruchsberechtigte GKV-Versicherte erhalten 70% des Bruttoeinkommens, max. von der Beitragsbemessungsgrenze (3.562,50 € mtl. in 2007), jedoch max. 90% des Nettoeinkommens. 2) Arbeitnehmer privat krankenversichert – Absicherung des Einkommens Nettoeinkommen + Beitrag private Krankenversicherung (Gesamtbeitrag) + Arbeitnehmeranteil gesetzliche Rentenversicherung = Summe monatlicher Bedarf Summe geteilt durch 30 = versicherbarer Tagessatz 3) Selbständig privat krankenversichert – Absicherung des Einkommens 			

	<p>Nettoeinkommen + Beitrag private Krankenversicherung (Gesamtbeitrag) = Summe monatlicher Bedarf</p> <p>Summe geteilt durch 30 = versicherbarer Tagessatz</p> <p>Arbeitnehmer: Zum Bruttoeinkommen zählen alle regelmäßigen Einkünfte (mtl. Gehalt/Lohn, Urlaubs- und Weihnachtsgeld, etc.). Unregelmäßige Zahlungen (z.B. Überstunden, Sonderprämien, Bonifikationen etc.) können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Selbständige: Als Bruttoeinkommen zählt der Gewinn vor Steuern aus selbständiger Arbeit.</p>	
5.01	Bei Arbeitnehmern(innen): Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	Wochen
5.02	Bruttoeinkommen mtl.	€
5.03	Nettoeinkommen mtl.	€
5.04	Anzahl Gehälter p.a.	
5.05	Bei Selbständigen: Gewinn p.a. vor / nach Steuern	€ / €
5.06	Bei Selbständigen: fixe Kosten monatlich	€
5.10	Krankentagegeld in Höhe von ... € pro Tag ab dem ... Tag	€ ab dem Tag
5.11	Krankentagegeld in Höhe von ... € pro Tag ab dem ... Tag (zusätzlich)	€ ab dem Tag
5.12	Krankentagegeld in Höhe von ... € pro Tag ab dem ... Tag (zusätzlich)	€ ab dem Tag
5.13	Selbständige: Krankentagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.14	Arbeitnehmer: Krankentagegeld auch über Nettogehalt versicherbar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.15	Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.16	Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.17	Alkoholgenuss: kein Ausschluss	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.18	Berufsunfähigkeit: Leistung über MB/KT hinaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.19	Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.20	Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzl. Träger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.21	Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.22	Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.23	Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.24	Rückfallerkrankung: Karenzzeiten werden zusammengerechnet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.25	Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.26	Auslands-KT: Bedingungsverbesserung des Geltungsbereiches	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.27	Teil-Arbeitsunfähigkeit: Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.28	Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kuren	K.O.	Wichtig	Unwichtig
6.10	Ambulante Kuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11	Stationäre Kuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12	Kurtagegeld			€

	Pflegetagegeld	K.O.	Wichtig	Unwichtig
7.01	Gewünschtes Pflegetagegeld (versicherter Tagessatz)			€
7.02	Leistung in Pflegestufe I nichtstationär mind. 25% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.03	Leistung in Pflegestufe II nichtstationär mind. 50% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.04	Leistung in Pflegestufe III nichtstationär mind. 100% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.05	Leistung in Pflegestufe I stationär mind. 25% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.06	Leistung in Pflegestufe II stationär mind. 50% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10	Leistung in Pflegestufe III stationär mind. 100% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11	Einstufung unabhängig von der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12	Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (wenn ohne PKV-Voll abgeschlossen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.13	Beitragsfreiheit im Leistungsfall mind. ab Pflegestufe III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14	Verzicht auf Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.15	Verzicht auf Karenzzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.16	Leistung bei Demenzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.17	Leistung bei Pflege durch Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.18	Versicherungsschutz mind. Europaweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.19	Einmalleistung zusätzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.20	Leistung auch ohne Vorleistung der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.21	Anwartschafts-Dynamik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.22	Dynamik im Leistungsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.23	Nachweis Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch SPV/PPV (medizinischer Dienst) wird anerkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pflegekosten	K.O.	Wichtig	Unwichtig
8.01	Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe I nichtstationär mind. um ... %			%
8.02	Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe II nichtstationär mind. um ... %			%
8.03	Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe III nichtstationär mind. um ... %			%
8.04	Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe I stationär mind. um ... %			%
8.05	Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe II stationär mind. um ... %			%
8.06	Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe III stationär mind. um ... %			%
8.07	Einstufung unabhängig von der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.08	Leistung unabhängig von einer Vorleistung der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.09	Verzicht auf Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	Beitragsfreiheit im Leistungsfall mind. ab Pflegestufe III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11	Leistung bei Demenzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12	Einmalleistung zusätzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13	Versicherungsschutz europaweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14	Einmalleistung zusätzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.15	Pflegegeld bei Verzicht auf Kostenerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.16	Leistung für Unterkunft/Verpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.17	Leistung für Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.18	Transportkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.19	Anwartschafts-Dynamik unabhängig von PPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.20	Dynamik im Leistungsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.21	Nachweis Fortdauer Pflegebedürftigkeit durch SPV/PPV (medizinische Dienst) wird anerkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.22	Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsunfähigkeit		
9.10	Besteht bereits eine Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
9.11	Höhe der versicherten monatlichen Rente	€
9.12	Versicherungsgesellschaft	
9.13	Versicherungsdauer bis zum Alter	
9.13	Leistungsdauer bis zum Alter	

Vorerkrankungen/Zähne	

sonstiges		
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift Kund(en)</p>		
Vorname, Name		Geburtsdatum
_____		_____
Straße, Hausnummer		Telefon
_____		_____
PLZ	Ort	E-Mail
_____	_____	_____