

Datenerfassungsbogen KV-Zusatz Ambulant



Fax : 0221 - 430 966 22
Email : angebot@kvwerk.de

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



Fax : 0221 - 430 966 22
Email : angebot@kvwerk.de

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 sechststelligen Kosten verbunden ist.

Datenerfassungsbogen

KV-Zusatz Zahn



Fax : 0221 - 430 966 22
 Email : angebot@kvwerk.de

Zahnabsicherung

Leistungswünsche

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

Premium	Komfort	Basis	Individuell
<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> 70 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="text"/> %

Leistungen für Implantate?

<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
---------------------------------------	---------------------------------------------	---

Leistungen für Inlays?

<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
---------------------------------------	---------------------------------------------	---

Erstattung Zahnersatz ohne GKV-Vorleistung

<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
---------------------------------------	---------------------------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> Mit und ohne GKV-Vorleistung	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------	---

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

<input type="checkbox"/> Über 100 € p.a.	<input type="checkbox"/> 80 € p.a.	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	<input type="text"/> € p.a.
---------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------

Kieferorthopädie

<input type="checkbox"/> KIG-Stufe 1 - 2	<input type="checkbox"/> KIG-Stufe 3 - 5	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	—
---------------------------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------	---

Mindesterstattung KFO in %

<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> 70 %	<input type="checkbox"/> Nicht gewünscht	<input type="text"/> %
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------------	------------------------

Mindesterstattung KFO in €

<input type="checkbox"/> Mindestens 2.400 €	<input type="checkbox"/> Mindestens 1.000 €	<input type="checkbox"/> Mindestens 500 €	<input type="text"/> €
------------------------------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------

Nur Tarife mit Alterungsrückstellungen berücksichtigen

ja nein

Verzicht auf Wartezeiten?

<input type="checkbox"/> Gewünscht	<input type="checkbox"/> 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