

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

An Jürgen Martin - Fax: 04433 - 96 96 91  
Mail: j.martin@cleversparen24.de

<b>Beratene Person</b>		<b>Berater</b> KAB-Maklernummer: 192		
Name, Vorname				
Anschrift				
Telefon				
E-Mail				
<b>Informationen zu den zu versichernden/berateten Personen</b>				
Wer soll versichert werden	<input type="checkbox"/> Person 1	<input type="checkbox"/> Person 2	<input type="checkbox"/> Person 3	<input type="checkbox"/> Person 4
Geburtsdatum				
Derzeitig ausgeübter Beruf	Bezeichnung: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Beamte(r) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	Bezeichnung: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Beamte(r) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	Bezeichnung: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Beamte(r) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	Bezeichnung: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Beamte(r) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Hochzeit möglich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Hochzeit möglich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Hochzeit möglich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Hochzeit möglich
Kinder	<input type="checkbox"/> Nein, aber möglich <input type="checkbox"/> Nein, aber geplant <input type="checkbox"/> Nein, ausgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja, vorhanden	<input type="checkbox"/> Nein, aber möglich <input type="checkbox"/> Nein, aber geplant <input type="checkbox"/> Nein, ausgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja, vorhanden	<input type="checkbox"/> Nein, aber möglich <input type="checkbox"/> Nein, aber geplant <input type="checkbox"/> Nein, ausgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja, vorhanden	<input type="checkbox"/> Nein, aber möglich <input type="checkbox"/> Nein, aber geplant <input type="checkbox"/> Nein, ausgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja, vorhanden
<b>Grundlagen der Beratung</b>				
Derzeitiger KV-Status	<input type="checkbox"/> GKV freiwillig versichert <input type="checkbox"/> GKV pflichtversichert <input type="checkbox"/> Zusatzvers. vorhanden <input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> GKV freiwillig versichert <input type="checkbox"/> GKV pflichtversichert <input type="checkbox"/> Zusatzvers. vorhanden <input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> GKV freiwillig versichert <input type="checkbox"/> GKV pflichtversichert <input type="checkbox"/> Zusatzvers. vorhanden <input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> GKV freiwillig versichert <input type="checkbox"/> GKV pflichtversichert <input type="checkbox"/> Zusatzvers. vorhanden <input type="checkbox"/> PKV
Derzeitiger Versicherer Krankheitskosten?				
Derzeitiger Versicherer Zusatzversicherung?				
Motiv für einen evtl. Wechsel	<input type="checkbox"/> besserer Versicherungsschutz im Krankheitsfall <input type="checkbox"/> Beitragsersparnis <input type="checkbox"/> sonstiges:			

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

Allgemeines	Leistung gewünscht?
Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit garantiert	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit mind. ... Monatsbeiträge im 1. VJ	Monatsbeiträge
Wartezeiten – keine Wartezeiten	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate	Monate
Rücktransport aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Volle tarifl. Leistung bei vorübergeh. Verlegung Wohnsitz innerhalb EU/EWR/Europa	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Volle tarifl. Leistung bei dauerhafter Verlegung Wohnsitz innerhalb EU/EWR/Europa	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Optionsrecht auf Höherversicherung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Beitragsfrei nach Entbindung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Verbesserte Kriegsklausel	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung vertraglich geregelt	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Selbstbeteiligung	Leistung gewünscht?
SB max. ... € p.a.	€
SB nur ambulant	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
SB für Kinder reduziert	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnungen auf Selbstbehalt	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Primär-/Hausarztprinzip (HAP)	Leistung gewünscht?
Volle Erstattung direkte Facharztkonsultation	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Kein HAP bei Akutversorgung im Ausland	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Kein HAP für Not- und Bereitschaftsärzte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Keine zeitliche Befristung der Haus-/Primärarztüberweisung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Maximierung Eigenanteil bei Nichteinhaltung HAP	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ambulant GOÄ/Primär-/Hausarzt	Leistung gewünscht?
GOÄ ambulant: mind. bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
GOÄ ambulant: keine Begrenzung auf den Höchstsatz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
GOÄ ambulant: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Heilpraktiker/Naturheilkunde	Leistung gewünscht?
Heilpraktiker erstattungsfähig	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Hufeland/alternative Heilmethoden erstattungsfähig	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Heilpraktiker mind. bis Höchstsatz GebüH.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Vorsorge	Leistung gewünscht?
Vorsorge auch über gesetzliche Programme	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Schutzimpfungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Heilmittel	Leistung gewünscht?
Heilmittel – kein Preis-/Leistungsverzeichnis	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Heilmittel – keine pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Heilmittel – Logopädie durch Logopäden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Heilmittel – Ergotherapie durch Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Hilfsmittel	Leistung gewünscht?
offener Hilfsmittelkatalog	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Hilfsmittel – mind. normale Ausführung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Hilfsmittel – Reparatur	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

Hilfsmittel – keine Beschränkung der Bezugsart	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Körperersatzstücke	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Kunstaugen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Blindenhund	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Hör-/Sprechgeräte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Atemmonitor (Heimgerät)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Herzmonitor (Heimgerät)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Beatmungsgeräte (Heimgerät)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Blindenlese-/Vorlesegerät	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Krankenfahrstuhl ohne Summenbegrenzung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Sehhilfen</b>	<b>Leistung gewünscht?</b>
Sehhilfen Erstattung mind. €	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Sehhilfen Erstattung mind. alle 24 Monate	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	<b>Leistung gewünscht?</b>
Psychotherapie auch ohne vorherige Zusage des VR	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Psychotherapie im Delegationsverfahren	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Psychotherapie ohne unübliche Beschränkungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
mind. .... psychotherapeutische Sitzungen p.a.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Ambulante Transporte</b>	<b>Leistung gewünscht?</b>
Krankentransporte ambulant	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Krankenfahrten/-transporte (zur Chemotherapie, Dialyse, ...)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>	<b>Leistung gewünscht?</b>
Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Nährmittel bei schweren Erkrankungen mitversichert	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Stationärer Versicherungsschutz</b>	<b>Leistung gewünscht?</b>
1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Mehr-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Privatärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
GOÄ stationär: mind. bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
GOÄ stationär: ohne Begrenzung auf den Höchstsatz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
GOÄ Stationär: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOÄ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Krankentransporte bis nächstes geeignetes KH ohne KM-Grenze, keine Begrenzung auf Fahrten	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ersatzkrankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Entziehungsmaßnahmen versichert	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Gemischte Anstalten – bessere Regelung als MB/KK	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Anschlussheilbehandlung generell ohne vorherige Zusage & unbegrenzt €	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Anschlussheilbehandlung diagnosebeschränkt ohne vorh. Zusage & unbegrenzt €	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Verzicht auf rechtzeitige Meldung eines Krankenhausaufenthaltes	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Stationäre Psychotherapie ohne pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Zahn-Versicherungsschutz</b>	<b>Leistung gewünscht?</b>
Zahnbehandlung mind. %	%
Zahnersatz mind. %	%
Kieferorthopädie mind. %	%

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
GOZ Zahn: mind. bis Höchstsatz	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
GOZ Zahn: ohne Begrenzung auf den Höchstsatz	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
GOZ Zahn: Verzicht im Ausland auf Bindung an die deutsche GOZ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Kein Preis-/Leistungsverzeichnis	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Summenbegrenzung max. ... Jahre	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Heil- u. Kostenplan nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Inlays u. Implantate ohne pauschale Beschränkungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Inlays = Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

Verdienstaussfall (Krankentagegeld)		
<p>Ermittlung des Krankentagegeldbedarfes:</p> <p>1) gesetzlich krankenversichert – Absicherung des Fehlbetrages Anspruchsberechtigte GKV-Versicherte erhalten 70% des Bruttoeinkommens, max. von der Beitragsbemessungsgrenze (3.750 € mit . in 2010), jedoch max. 90% des Nettoeinkommens.</p> <p>2) Arbeitnehmer privat krankenversichert – Absicherung des Einkommens</p> <p style="padding-left: 20px;">Nettoeinkommen + Beitrag private Krankenversicherung (Gesamtbeitrag) + Arbeitnehmeranteil gesetzliche Rentenversicherung = Summe monatlicher Bedarf</p> <p style="padding-left: 20px;">Summe geteilt durch 30 = versicherbarer Tagessatz</p> <p>3) Selbständig privat krankenversichert – Absicherung des Einkommens</p> <p style="padding-left: 20px;">Nettoeinkommen + Beitrag private Krankenversicherung (Gesamtbeitrag) = Summe monatlicher Bedarf</p> <p style="padding-left: 20px;">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>		
Bei Arbeitnehmern(innen): Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall		Wochen
Bruttoeinkommen mtl.		€
Nettoeinkommen mtl.		€
Anzahl Gehälter p.a.		
Bei Selbständigen: Gewinn p.a. vor / nach Steuern	€ /	€
Bei Selbständigen: fixe Kosten monatlich		€
Krankentagegeld in Höhe von ... € pro Tag ab dem ... Tag	€ ab dem	Tag
Krankentagegeld in Höhe von ... € pro Tag ab dem ... Tag (zusätzlich)	€ ab dem	Tag
Krankentagegeld in Höhe von ... € pro Tag ab dem ... Tag (zusätzlich)	€ ab dem	Tag
Selbständige: Krankentagegeld auch über Nettoeinkommen versicherbar	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Arbeitnehmer: Krankentagegeld auch über Nettogehalt versicherbar	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht (KT ohne PKV-Voll)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Begrenzung ordentliches Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Alkoholgenuss: kein Ausschluss	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Berufsunfähigkeit: Leistung über MB/KT hinaus	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzl. Träger	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Stationärer KH-Aufenthalt: früherer Leistungsbeginn	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Übergang KT zur BU nahtlos (KT & BU beim gleichen VR versichert)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Rückfallerkrankung: Karenzzeiten werden zusammengerechnet	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Auslands-KT: Bedingungsverbesserung des Geltungsbereiches	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Teil-Arbeitsunfähigkeit: Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Arbeitnehmer: bei Wechsel in Selbständigkeit keine Risikoprüfung/Wartezeiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

Pflegetagegeld	Leistung gewünscht?	
Gewünschtes Pflegetagegeld (versicherter Tagessatz)	€	
Leistung in Pflegestufe I nichtstationär mind. 25% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung in Pflegestufe II nichtstationär mind. 50% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung in Pflegestufe III nichtstationär mind. 100% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung in Pflegestufe I stationär mind. 25% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung in Pflegestufe II stationär mind. 50% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung in Pflegestufe III stationär mind. 100% des versicherten Tagessatzes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Einstufung unabhängig von der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht (wenn ohne PKV-Voll abgeschlossen)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Beitragsfreiheit im Leistungsfall mind. ab Pflegestufe III	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Verzicht auf Wartezeiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Verzicht auf Karenzzeiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung bei Pflege durch Angehörige	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Versicherungsschutz mind. Europaweit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Einmalleistung zusätzlich	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung auch ohne Vorleistung der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Anwartschafts-Dynamik	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Dynamik im Leistungsfall	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nachweis Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch SPV/PPV (medizinischer Dienst) wird anerkannt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Pflegekosten	Leistung gewünscht?	
Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe I nichtstationär mind. um ... %	%	
Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe II nichtstationär mind. um ... %	%	
Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe III nichtstationär mind. um ... %	%	
Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe I stationär mind. um ... %	%	
Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe II stationär mind. um ... %	%	
Erhöhung PPV-Leistung in Pflegestufe III stationär mind. um ... %	%	
Einstufung unabhängig von der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung unabhängig von einer Vorleistung der gesetzl. Pflegepflichtversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Verzicht auf Wartezeiten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Beitragsfreiheit im Leistungsfall mind. ab Pflegestufe III	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Einmalleistung zusätzlich	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Versicherungsschutz europaweit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Einmalleistung zusätzlich	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Pflegegeld bei Verzicht auf Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung für Unterkunft/Verpflegung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leistung für Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Transportkosten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Anwartschafts-Dynamik unabhängig von PPV	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Dynamik im Leistungsfall	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nachweis Fortdauer Pflegebedürftigkeit durch SPV/PPV (medizinische Dienst) wird anerkannt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

# Fragebogen: Kranken-Vollversicherung

Kuren	Leistung gewünscht?
Ambulante Kuren	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Stationäre Kuren	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Kurtagegeld	€

Berufsunfähigkeit	
Besteht bereits eine Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Höhe der versicherten monatlichen Rente	€
Versicherungsgesellschaft	
Versicherungsdauer bis zum Alter	
Leistungsdauer bis zum Alter	

Vorerkrankungen/Zähne

sonstiges	
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift Vermittler	Unterschrift Mandant(en)