

# ERFASSUNGSBOGEN FÜR EINE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Per Fax senden an 0451 / 292 898 -53 per E-Mail an [info@pohlundpartner.de](mailto:info@pohlundpartner.de)

## GRUNDDATEN

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_ Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht der zu versichernden Person  w  m

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Berufsgruppe (Selbständiger, Beamter, etc.) \_\_\_\_\_

Kinder (für Berechnung des Pflegebeitrages)  nein  ja, wie viele \_\_\_\_\_ Jahresgehalt, Einkommen brutto \_\_\_\_\_ €

## AMBULANTER TARIFBEREICH

Selbstbeteiligung  keine  optimale von \_\_\_\_\_ € bis \_\_\_\_\_ €

Für Kompakttarife  keine SB  SB auch über stationär und dental  SB nur über ambulant

## STATIONÄRER TARIFBEREICH

Einbettzimmertarife  Zweibettzimmertarife  Tarife, die Ein- und Zweibettzimmer bieten

Mehrbettzimmertarife  Privatarzt

## DENTALER TARIFBEREICH

Zahnbehandlung  von \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_ % Zahnersatz  von \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_ %

Kieferorthopädie  von \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_ % privat zahnärztliche Behandlung Zahnersatz  von \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_ %

## KRANKENTAGEGELD

1. Tagegeld ab \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ € 2. Tagegeld ab \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ € 3. Tagegeld ab \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ €

## ZUSÄTZLICHE ABSICHERUNG WIE KHT, KUR, BEITRAGSREDUZIERUNG

Krankenhaustagegeld pro Tag \_\_\_\_\_ € Kurtagegeld pro Tag \_\_\_\_\_ €

Kurkostenerstattung (ambulant)  nein  ja Kurkostenerstattung (stationär)  nein  ja

Kurkostenerstattung Unterbringung  nein  ja

Beitragsreduzierung im Alter  keine  maximale  absolute \_\_\_\_\_ €  prozentuale \_\_\_\_\_ %

# ERFASSUNGSBOGEN FÜR EINE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Per Fax senden an 0451 / 292 898 -53 per E-Mail an [info@pohlundpartner.de](mailto:info@pohlundpartner.de)

## TARIFBEREICH PFLEGE

Pflegepflicht  nein  ja

## ALLGEMEINER TARIFBEREICH

Grundschatztarife  mit  ohne  nur  
Hausarzttarife  mit (normal)  ohne (beste Absicherung)  nur (günstigste Absicherung)  
Beitragsrückerstattung  unwichtig  erfolgsabhängig  garantiert

Wie lange soll der Versicherungsschutz im aussereuropäischen Ausland für Krankheitskostenvolltarife gelten?

unwichtig  mindestens für 6 Monate  mindestens für 12 Monate  unbegrenzt

beitragsfreie Erziehungszeit  unwichtig  eingeschränkt beitragsfrei  uneingeschränkt beitragsfrei

## AMBULANTER TARIFBEREICH

Gebührenordnung  unwichtig  bis Höchstsatz  über Höchstsatz

Heilpraktiker  nein  ja

Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis  nein  ja

Mindesterstattung für Sehhilfen  unwichtig  \_\_\_\_\_ €

## Psychotherapie:

Grundsätzlich soll dafür geleistet werden  nein  ja

Freie Wahl des Behandlers  nein  ja

Mindestens 50 Sitzungen ohne vorherige Zusage  nein  ja

## Hilfsmittel:

Keine Einschränkungen bei der Erstattungshäufigkeit  nein  ja

Keine Limitierung durch eine prozentuale oder preisliche Obergrenze  nein  ja

Keine Einschränkung bei Krankenfahrstühlen  nein  ja

# ERFASSUNGSBOGEN FÜR EINE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Per Fax senden an 0451 / 292 898 -53 per E-Mail an info@pohlundpartner.de

## AMBULANTER TARIFBEREICH

### Hilfsmittel:

- Erstattung für Heimdialysegeräte  nein  ja
- Erstattung für Atemüberwachungsmonitore  nein  ja
- Erstattung für Beatmungsgeräte, Sauerstoffkonzentratoren  nein  ja

### Erstattung ambulanter Transportkosten:

- Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten  nein  ja
- Keine Einschränkung auf den „nächstgelegenen“ oder „nächsten“ Behandler  nein  ja
- Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)  nein  ja

### Heilmittel:

- Kostenersatz für nichtärztliche Behandler (Ergotherapeuten, Logopäden)  nein  ja
- Vorsorgeuntersuchungen umfassender als der gesetzliche Rahmen  nein  ja
- Ambulante Heilbehandlung in einem Kurort/Heilbad ohne vorherige Zusage  nein  ja

## STATIONÄRER TARIFBEREICH

Gebührenordnung  unwichtig  bis Höchstsatz  über Höchstsatz

### Erstattung stationärer Transportkosten:

- Erstattung nicht nur im Notfall und nicht nur bei bestimmten Krankheiten  nein  ja
- Keine Einschränkung auf das „nächstgelegene“ oder „nächste“ Krankenhaus  nein  ja
- Keine Einschränkung in der Entfernung (Kilometerbegrenzung oder Territorialgebiet)  nein  ja
- Keine Einschränkung beim Transportmittel  nein  ja

### Gemischte Anstalten:

- Unterbringung in gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei med. notwendiger stationärer Heilbehandlung  nein  ja
- Unterbringung in gemischten Anstalten ohne vorherige schriftl. Leistungszusage bei Unfällen  nein  ja

## DENTALER TARIFBEREICH

Gebührenordnung  unwichtig  bis Höchstsatz  über Höchstsatz

KEINE tarifliche Zahnstaffel  nein  ja

Mit meiner Unterschrift erkläre ich verbindlich und widerruflich (nicht zutreffendes bitte streichen):

Ich willige ein, dass mein Berater meine personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsinformationen, zum Zwecke der Ermittlung meines Versicherungsbedarfs und einer diesem Bedarf entsprechenden Eindeckung, unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Einwilligung bezieht sich insbesondere auch auf die Daten-übermittlung an Dritte, insbesondere Versicherungsunternehmen und Anbieter von Versicherungsvergleichen, soweit dies zur Erfüllung der vorstehend genannten Zwecke erforderlich ist. Ich kann jederzeit Auskunft über die mich betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen

Datum

Ort

Unterschrift