

GUTSCH GMBHKLICK für E-mail: rg@gutsch-gmbh.de**Fragebogen****Standardfragebogen PKV Voll****Informationen zu diesem Fragebogen**

Mit Hilfe dieses Fragebogens erstellen Sie ein Anforderungsprofil an eine private Krankheitskostenversicherung. Sie unterstützen uns damit, einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz entsprechend Ihrer Vorstellung und Wünsche zu ermitteln.

Bitte ausdrucken und ausgefüllt senden - per Fax: (06103) 831 75 19 oder per E-mail

Interessent.....
Name,Vorname

Geschlecht

.....
Straße/Postfach

Geburtsdatum

.....
PLZ, Ort

Telefon

.....
E-Mail

Telefax

Daten der Beratung.....
Datum der Beratung

Berater/Vermittler

.....
Weitere Teilnehmer.....
Ort der Beratung

Dauer der Beratung

Ambulant

- Haus-/Primärarztprinzip

Haus-/Primärarztprinzip:

Wird vor der Inanspruchnahme eines Facharztes (z.B. Orthopaede) keine Erstbehandlung durch den Hausarzt (Hausarztprinzip) oder Allgemeinmediziner (Primärarztprinzip) durchgeführt, reduziert sich die Erstattung je nach Tarif um bis zu 40%.

→ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
Verzicht auf Haus-/Primärarztprinzip Ist tariflich das Haus-/Primärarztprinzip vorgesehen, muss die Erstbehandlung von dem Haus-/Primärarzt durchgeführt werden. Hält der Versicherte sich nicht daran, werden die Kosten der Behandlung (und ggf. auch Folgebehandlungen) meist nur zu 70-80% erstattet.	✓		
- gilt nicht bei Akutversorgung im Ausland Sofern der Versicherer im Ausland nicht explizit auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes verzichtet, gilt dieses uneingeschränkt auch im Ausland.	✓	✓	
- gilt weder für Not- noch Bereitschaftsärzte Soll der Versicherer bei Not- und Bereitschaftsärzten auf die Einhaltung des Haus-/Primärarztprinzipes verzichten? Wenn nicht, gilt dieses auch z.B. im Not- oder Bereitschaftsfall uneingeschränkt.	✓	✓	✓

- Gebührenordnung

Die meisten PKV-Tarife begrenzen die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ).

In komplizierten medizinischen Fällen kann der Arzt vor Behandlungsbeginn mittels einer indiv. Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze berechnen.

Sofern Spezialisten im Ausland aufgesucht werden sollen, müssen ärztliche Leistungen in der Höhe erstattungsfähig sein, die im betreffenden Land als üblich gelten.

→ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5) Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (= 2,3fach/persönliche ärztliche Leistungen, 1,8fach/medizinisch-technische Leistungen, 1,15fach/Labor) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	✓	✓	✓
- GOÄ keine Begrenzung auf die Höchstsätze (>3,5) Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (= 3,5fach) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	✓		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	✓		

- Heilpraktiker / Naturheilverfahren			
Wählen Sie hier den gewünschten Versicherungsumfang fuer Behandlungen durch Heilpraktiker bzw. Naturheilverfahren durch Aerzte.			
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
Heilpraktiker Sofern der Tarif Behandlungen durch Heilpraktiker ausschließt, sind diese Kosten einschl. Arzneimittel vom Versicherten selbst zu tragen.	✔	✔	✔
- xx % Erstattung Sofern Behandlungen durch Heilpraktiker nur bis zu einer prozentualen Obergrenze versichert sind, werden darüber hinaus gehende Kosten nicht erstattet.	BP80	BP80	BP60
- xx € Erstattung im Schnitt p.a. Sind Kosten für Heilpraktikerbehandlungen nur bis zu einer tariflichen Höchstgrenze versichert, sind darüber hinaus gehende Kosten vom Versicherten selbst zu tragen.	2000	1000	500
- mind. bis Höchstsatz GebüH Einige Tarife leisten nur bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Dies kann dazu führen, dass der Versicherte einen Teil der Rechnung selber zahlen muss	✔		
- erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus) Sind erweiterte Naturheilverfahren/Hufelandlandverzeichnis (über GebüH hinaus) erstattungsfähig?	✔		

- Vorsorgeuntersuchungen			
Vorsorgeuntersuchungen sind i.d.R. mind. wie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Einige Tarife sehen darueber hinaus Erstattungen fuer weitergehende Untersuchungsmassnahmen vor (z.B. zusaetzliche und aufwaendigere Untersuchungsmassnahmen, Aufhebung der Altersgrenzen).			
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
- Vorsorge wird nicht auf Selbstbehalt angerechnet Sollen Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligungen erstattet werden?	✔		
- über gesetzliche Programme Sofern der Tarif Vorsorgeuntersuchungen nur im Rahmen gesetzlicher Programme ("GKV-Kassenniveau") vorsieht, müssen Kosten für darüber hinaus gehende Untersuchungen selbst gezahlt werden.	✔	✔	
- Schutzimpfungen Sollen Schutzimpfungen erstattet werden?	✔	✔	✔

- Hilfsmittel			
- Blindenhund o. Blindenleitgerät Wenn nicht versichert, sind die Kosten für die Ausbildung/Anschaffung eines Blindenhundes (bis zu 25.000 €) nicht erstattungsfähig.	✓	✓	
- Blindenlese-/Vorlesegerät Sollen Blindenlese-/Vorlesegeräte erstattungsfähig sein?	✓	✓	
- Körperersatzstücke ohne Summenbegrenzung Sofern nicht uneingeschränkt alle Körperersatzstücke (Prothesen, Arm- und Beinprothesen, Perücken, künstliche Gesichtshälften etc.) bedingungsseitig versichert sind, besteht nur ein Anspruch auf die in den Bedingungen genannten.	✓	✓	✓
- Prothesen Sollen Prothesen uneingeschränkt erstattungsfähig sein? (z.B. Arm-, Bein-, Brustprothesen)	✓	✓	✓
- Kunstaugen Künstliche Augen gehören zu den Prothesen/Körperersatzstücken.	✓	✓	✓
- Orthesen Sollen Orthesen erstattungsfähig sein? (z.B. Stützkorsett nach Bandscheiben-OP)	✓	✓	✓
Sehhilfen Sehhilfen	✓	✓	
- Erstattung xx € Kosten für Sehhilfen, welche die tarifliche Höchstgrenze überschreiten, werden nicht erstattet.	300	200	100
- Anspruch mind. alle 24 Monate Ein Anspruch auf die Erstattung von Sehhilfen besteht nicht jeweils innerhalb von 24 Monaten nach dem letzten Bezug.	✓		

- Heilmittel			
Heilmittel foerdern die Heilung von Krankheiten oder dienen der Verbesserung des Gesundheitszustandes, z.B. Massagen, Ergotherapie nach einem Schlaganfall, Logopaedie nach einer Halsoperation, Sprachfoerderung bei Kindern usw..			
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
- Erstattung in % Je nach Tarif variiert die Erstattung für Heilmittel meist von 70-100%.	BP100	BP80	BP70
- max. Selbstbehalt p.a. € Wie hoch soll die max. Selbstbeteiligung p.a. € für Heilmittel maximal sein?	0	200	1000
- keine pauschalen Beschränkungen Sollen keine unüblichen Beschränkungen (z.B. max. 10 Behandlungen pro Jahr etc.) vorhanden sein?	✓	✓	✓
- Logopädie durch Logopäden Sind Kosten logopädischer Behandlungen (z.B. bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten oder Schlaganfallpatienten mit Schluckbeschwerden, Kosten pro Behandlung ca. 45 €) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.	✓	✓	✓

- Heilmittel			
<p>- Ergotherapie durch Ergotherapeuten</p> <p>Sind Kosten ergotherapeutischer Behandlungen (z.B. bei Menschen mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologischen, neurophysiologischen oder psychosozialen Störungen) nicht erstattungsfähig, müssen die Kosten vom Versicherten selbst getragen werden.</p>	✓	✓	✓

- Krankentransporte			
<p>Transportkosten koennen bei Notfallbehandlungen (Transport in ein geeignetes Krankenhaus), zur Strahlenbehandlung/Chemotherapie/Dialyse oder auch z.B. bei Gehunfaehigkeit entstehen.</p>			
<p>➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:</p>	Premium	Komfort	Basis
<p>Ambulante Transporte</p> <p>Sollen ambulante Krankentransporte erstattungsfähig sein?</p>	✓	✓	✓
<p>- zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung</p> <p>Sind Kosten für Fahrten/Transporte (zur Chemotherapie, Dialyse und Strahlenbehandlung) nicht oder nur eingeschränkt versichert, können auf den Versicherten Kosten von mehreren tausend Euro pro Jahr zukommen.</p>	✓	✓	
<p>- bei Gehunfähigkeit</p> <p>Transport-/Fahrtkosten zur ärztlichen Behandlung werden auch bei Gehunfähigkeit nicht erstattet, wenn dies nicht in den Bedingungen geregelt ist.</p>	✓	✓	
<p>- bis nächstgeeignetem Behandler (auch wenn gehfähig)</p> <p>Sollen Kosten für ambulante Transporte/Fahrten bis zum nächstgeeignetem Behandler (auch bei Gehfähigkeit) versichert sein?</p>	✓		
<p>- ambulante Notfalltransporte</p> <p>Sind ambulante Notfalltransporte erstattungsfähig? (z.B. Transport ins Krankenhaus nach Kreislaufschwäche, Entlassung am gleichen Tag - gilt nicht als stationärer Transport, daher häufig nicht versichert)</p>	✓	✓	✓
<p>Krankentransporte bis zum nächstgeeigneten Krankenhaus</p> <p>Sofern stationäre Krankentransporte nicht uneingeschränkt erstattet werden, können sehr hohe Eigenbeteiligungen z.B. durch einen Rettungsflug entstehen.</p>	✓	✓	✓

- Psychotherapie			
<p>Psychotherapeutische Behandlungen werden haeufig unterschaezt und nehmen seit Jahren stark zu. Haeufige Krankheitsbilder sind z.B. Depressionen, Burn-out, Suchterkrankungen, Ess- und Angststoerungen.</p> <p>Haeufig sind Behandlungen ueber lange Zeitraeume erforderlich und fuehren zu Kosten im fuehnstelligem Bereich.</p>			
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
Psychotherapie	✔	✔	✔
Psychotherapie			
- Anzahl psychotherap. Sitzungen p.a. Anzahl der maximal erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen (bei einigen Tarifen Behandlungstage) pro Jahr.	BP100	BP50	BP50
- im Delegationsverfahren (nicht nur durch Ärzte) Sofern die Versicherungsbedingungen nichts anderes regeln, sind psychoth. Behandlungen nur durch Ärzte, nicht jedoch Dipl. Psychologen versichert. Unter dem Delegationsverfahren bei Psychotherapie versteht man die Übertragung einer Behandlung an einen nichtärztlichen Behandler (z.B. Diplompsychologen).	✔	✔	
- ohne besondere Einschränkungen/Selbstbehalte Sollen keine besonderen Einschränkungen (z.B. Selbstbeteiligungen) vorhanden sein?	✔		
- mind. 20 Sitzungen ohne vorherige Zusage Sollen mind. 20 Sitzungen ambulante Psychotherapie auch ohne vorherige Zusage des VR erstattungsfähig sein?	✔	✔	
Stationäre Psychotherapie uneingeschränkt Wenn die Kosten einer stationären Psychotherapie nicht oder nur eingeschränkt erstattungsfähig (z.B. max. 30 Behandlungstage) sind, kann sich der Eigenanteil des Versicherten pro Behandlungstag auf 500-1.000 € belaufen.	✔	✔	✔

Stationär

- Wahlärztliche Behandlung (Spezialist) / Unterkunft

Je nach PKV-Tarif stehen Ihnen die allg. Krankenhausleistungen, die eine Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstatten, oder die sog. Wahlarztliche Behandlung zur Verfügung.
Bei der Wahlarztlichen Behandlung können Sie auch Spezialisten in Anspruch nehmen.
Bei hochwertigen PKV-Tarifen werden sogar sehr teure Behandlungen übernommen, wenn eine sog. individuelle Honorarvereinbarung vorliegt.

	Premium	Komfort	Aktuell
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:			
1-Bettzimmer Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 1-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	✔		
2-Bettzimmer Wenn nicht versichert, sind Mehrkosten für die Unterkunft im 2-Bettzimmer nicht erstattungsfähig.	✔	✔	✔
Wahlärztliche Behandlung (Chefarzt/Spezialist) Ist die wahlärztliche Behandlung (Spezialist, Chefarzt etc.) nicht versichert, werden nur die Kosten einer Behandlung durch den diensthabenden Arzt erstattet.	✔	✔	✔
- Wahlleistungen nicht auf Unfälle / bestimmte Erkrankungen beschränkt Leistet der Tarif ohne Beschränkung auf Unfälle/bestimmte Erkrankungen?	✔	✔	
- GOÄ mind. bis Höchstsatz (3,5) Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (= 2,3fach/persönliche ärztliche Leistungen, 1,8fach/medizinisch-technische Leistungen, 1,15fach/Labor) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Ärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	✔	✔	
- GOÄ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5) Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (= 3,5fach) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	✔	✔	
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	✔		

- Anschlussheilbehandlung		
<p>Ist im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, zum Beispiel nach einer Krebs- oder Bypass-Operation, noch eine Rehabilitation erforderlich, kann der Sozialdienst im Krankenhaus diese veranlassen. Die Uebernahme einer solchen Reha-Massnahme sollte in jedem Fall versichert sein.</p>		
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Basis
<p>- AHB bei bestimmten Diagnosen ohne Zusage versichert</p> <p>Ist nicht bedingungsgemäß geregelt, dass Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha bei bestimmten Diagnosen (z.B. Herztransplantation, Schlaganfall...) ohne vorherige Zusage erstattungsfähig sind, werden diese - wenn überhaupt - nur nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattet.</p>	✔	✔
<p>- AHB ohne vorherige Zusage versichert</p> <p>Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, sind die Kosten für Anschlussheilbehandlungen/Anschlussreha nur nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig.</p>	✔	

- Gemischte Anstalten / Entziehung / Psychotherapie / Hospiz			
<p>Gemischte Anstalten sind Krankenhaeuser, welche neben der Akutversorgung auch Rehamassnahmen durchfuehren. Im Notfall sollten diese auch ohne vorherige Zusage versichert sein. Entziehungsmassnahmen (Suchentwoehnung) waren frueher haeufig ausgeschlossen. Tarife ab 2013 sehen hier meist Leistungen vor. Hospize zur Sterbebegleitung sind meist auch nur in aktuelleren Tarifen ab 2013 versichert.</p>			
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
<p>Verzicht auf rechtzeitige Meldung Krankenhausaufenthalt</p> <p>Laut §9 MB/KK ist jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen dem Versicherer anzuzeigen. Die meisten Anbieter verzichten auf diese Obliegenheit.</p>	✔	✔	✔
<p>Gemischte Anstalten - keine Zusageerfordernis Notfall, Versorgungs-KH, Akutversorgung</p> <p>In Krankenhäusern, welche auch Kur- bzw. Reha-Maßnahmen anbieten (sog. "Gemischte Anstalten"), sollte in bestimmten Fällen keine schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich sein: Im Notfall, wenn es sich um das Versorgungskrankenhaus in der Umgebung handelt, bei Akutversorgung während eines Aufenthaltes in der Klinik. Ist dies nicht geregelt, kann der Versicherer (teilweise) die Leistung verweigern.</p>	✔	✔	✔
<p>Hospizkosten</p> <p>Sind die Kosten für die Unterbringung in einem Hospiz (zur Sterbebegleitung) erstattungsfähig?</p>	✔		
<p>Kurleistung stationär</p> <p>Sollen für stationäre Kuren Leistungen vorgesehen sein?</p>	✔		

Zahn

- Zahnbehandlung / Zahnersatz / Kieferorthopädie

Im Zahnbereich koennen neben den Erstattungssaetzen fuer Zahnbehandlung, - ersatz und Kieferorthopaedie auch Einschraenkungen wie z.B. Begrenzungen in den ersten Jahren, eingeschraenkte Versorgung bei Inlays, Implantaten usw. bestehen.

	Premium	Komfort	Basis
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:			
Zahnbehandlung % Höhe der Erstattung für Zahnbehandlung (%)	BP100	BP90	BP80
Zahnersatz % Höhe der Erstattung für Zahnersatz (%)	BP80	BP70	BP60
Kieferorthopädie % Höhe des Erstattung für Kieferorthopädie (%)	BP80	BP70	BP60
- Kieferorthopädie ohne Altersbeschränkung Sieht der Tarif eine Beschränkung vor, werden die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen nur bis zu einem bestimmten Alter (siehe Tarif) erstattet. Danach sind die Kosten vom Versicherten selbst zu tragen (in einigen Tarifen sind Unfälle von dieser Regelung ausgenommen).	✔		
Summenbegrenzung max. ... Jahre Begrenzung der maximalen Erstattung in den ersten Versicherungsjahren, teilweise auch für die gesamte Vertragsdauer.	3	10	
Summenbegrenzung entfällt bei Unfall Vertragliche Höchstgrenzen in den ersten Versicherungsjahren entfallen i. d. R. bei Unfällen.	✔	✔	✔
Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen Sollen Inlays & Implantate ohne pauschale Begrenzungen erstattungsfähig sein? (z.B. keine Begrenzung auf Metallinlays, zahlenmäßige Begrenzung von Implantaten etc.)	✔	✔	

- Gebührenordnung

Die meisten PKV-Tarife begrenzen die Erstattung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung (GOAe/GOZ).
 In komplizierten medizinischen Fällen kann der Arzt vor Behandlungsbeginn mittels einer indiv. Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze berechnen.
 Sofern Spezialisten im Ausland aufgesucht werden sollen, müssen ärztliche Leistungen in der Höhe erstattungsfähig sein, die im betreffenden Land als üblich gelten.

➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
- GOZ bis Höchstsatz (3,5) Wenn der Tarif max. bis zum Regelhöchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (= 2,3 facher Satz) erstattet, können erhebliche Eigenbeteiligungen entstehen, da Zahnärzte auch ohne Einverständnis des Patienten ihre Leistungen bis zum Höchstsatz (Faktor 3,5) in Rechnung stellen können.	✔	✔	✔
- GOZ keine Begrenzung auf den Höchstsatz (>3,5) Sofern die tarifliche Leistung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (= 3,5fach) begrenzt ist, sind Mehrkosten durch individuelle Honorarvereinbarungen (z.B. Inanspruchnahme von Spezialisten) nicht versichert.	✔		
- Übernahme der ortsüblichen Kosten b. gezielter Auslandsbehandlung Wenn bedingungsgemäß Mehrkosten bei gezielten Behandlungen im Ausland (z.B. Herzspezialist in der Schweiz) nicht übernommen werden, sind diese vom Versicherten selbst zu tragen.	✔		

Allgemeines

- Ausland

Weltweiter Versicherungsschutz: Die Musterbedingungen sehen lediglich 1 Monat vor.
 Der Rücktransport aus dem Ausland kann mehrere zehntausend Euro betragen.
 Die Verlegung des Wohnsitzes ist innerhalb Europas möglich. Jedoch reicht der Standardschutz hier meist nicht aus, da die Erstattung auf das deutsche Kostenniveau begrenzt ist.

➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
- Weltweiter Versicherungsschutz mind. ... Monate Wie viele Monate besteht der Versicherungsschutz weltweit? (laut MB/KK besteht 1 Monat weltweiter Versicherungsschutz + max. 2 Monate, wenn keine Rückreise möglich ist)	BP6	BP3	BP2

- Ausland			
- Rücktransport aus dem Ausland Sind Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nicht versichert, können Kosten von 100.000 € und mehr entstehen.	✓	✓	✓
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn vorübergehend nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt Soll bei vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung bestehen? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓		
- Wohnsitzverlegung EU/EWR/Europa - wenn dauerhaft nicht auf deut. Kostenniveau begrenzt Soll bei dauerhafter Verlegung des Wohnsitzes innerhalb EU/EWR/Europa volle tarifl. Leistung bestehen? (Keine Begrenzung auf Kosten wie in Deutschland)	✓		

- Optionen / Tarifwechselrechte			
Optionsrechte bieten die Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt ohne Gesundheitsprüfung in einen höherwertigen Tarif zu wechseln. Dies ist besonders bei leistungsschwächeren Einstiegtarifen zu empfehlen.			
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:	Premium	Komfort	Basis
Optionsrecht auf Höherversicherung Durch ein Optionsrecht hat der Versicherte die Möglichkeit, in einem bestimmten Rahmen z.B. ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höherwertigen Tarif zu wechseln.	✓	✓	✓
- Anzahl feste Optionszeitpunkte Anzahl der Zeitpunkte, an denen das Optionsrecht ausgeübt werden kann (ohne bestimmte Anlässe).	2	1	1
- anlassbezogenes Optionsrecht Die Umstellung in höherwertige Tarife ist nicht bei bestimmten Anlässen (z.B. bei Heirat, Ausbildungsende) ohne Risikoprüfung möglich, wenn kein anlassbezogenes Optionsrecht enthalten ist.	✓		
- Verzicht auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen Soll der Versicherer auf Risikozuschläge/Ausschlüsse für neue Erkrankungen - welche während der Versicherungsdauer auftreten - verzichten?	✓	✓	
- Optionsrecht auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen Soll das Optionsrecht für auch für über Kindernachversicherung versicherte Personen gelten?	✓		
- keine Einschränkung des Optionsrechtes durch Vorversicherung Soll die Option uneingeschränkt auch dann gelten, wenn die VP bereits vorher in einem anderen Tarif des gleichen Versicherers versichert war?	✓		
- Optionsrecht besteht mind. bis Alter ... Bis zu welchem Alter soll das Optionsrecht bestehen?	50	45	

- Krankenhausambulanzen / med. Versorgungszentren / häusliche Behandlungspflege / Kriegsklausel

Wählen Sie die gewünschte Qualität in den Bereichen Krankenhausambulanzen, medizinische Versorgungszentren, häusliche Behandlungspflege, Kindernachversicherung, Kriegsklausel.

	Premium	Komfort	Basis
→ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:			
- ohne zusätzliche SB Sollen Arznei-/Verbandmittel ohne zusätzliche SB erstattungsfähig sein?	✔		
- medikamentenähnliche Nahrungsmittel (über enteral/parenteral hinaus) Medikamentenähnliche Nahrungsmittel werden bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn) benötigt, sind aber nicht generell erstattungsfähig, da es häufig keine Arzneimittel sind.	✔	✔	
- ambulante Behandlung in mediz. Versorgungszentren (MVZ) Die Erstattung von Behandlungskosten in sog. medizinischen Versorgungszentren sind nur dann erstattungsfähig, wenn dies in den Bedingungen aufgeführt ist.	✔	✔	✔
- Behandlung in Krankenhausambulanzen Die Behandlung in Krankenhausambulanzen sind laut Musterbedingungen nicht erstattungsfähig. Diese sollten daher in den Tarifbedingungen explizit aufgeführt sein.	✔	✔	✔
- Häusliche Behandlungspflege/Krankenpflege In den Bereich der Behandlungspflege fällt die Unterstützung bei der Medikamenten- oder Wundversorgung, bei Blutzuckerkontrollen oder der Pflege von Kathetern. Das muss in der Regel von der Krankenversicherung und nicht aus der Pflegeversicherung finanziert werden.	✔		
- Verzicht auf Kurortklausel Laut MB/KK werden in Kurorten keine ambulante Leistungen erbracht, wenn die VP dort nicht ihren ständigen Wohnsitz hat o. die Erkrankung akut aufgetreten ist.	✔	✔	
- Kindernachversicherung - Klarstellung angeborener Geburtsschäden/Anomalien In vielen Tarifen ist keine zusätzliche Klarstellung aufgeführt, dass bei einer Kindernachversicherung ab Geburt die Kosten angeborener Anomalien/Geburtsschäden mitversichert sind.	✔	✔	✔
- Umwandlungsrecht Voll- in Zusatzversicherung Besteht kein vertraglicher Anspruch, dass bei Beendigung der Kranken-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung umgestellt werden kann (z.B. bei der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung), kann der Abschluss nur mit erneuter Risikoprüfung erfolgen.	✔	✔	
- Verbesserte Kriegsklausel Schäden durch Krieg/Wehrdienst sind lt. MB/KK (Musterbedingungen Krankheitskostenversicherung) ausgeschlossen. Soll der VR auf die Anwendung des §5 1.a) verzichten bzw. diese einschränken?	✔	✔	

Krankentagegeld

- Krankentagegeld

Mit einer Krankentagegeldversicherung kann der Verdienstausfall bei laengerer Krankheit abgesichert werden.

	Premium	Basis
➔ Wählen Sie Ihren Leistungsanspruch:		
Arbeitslosigkeit: Versicherungsschutz über MB/KT hinaus Soll bei Arbeitslosigkeit Leistung über MB/KT hinaus geleistet werden?	✓	
Leistung bei BU über MB/KT hinaus Soll bei Berufsunfähigkeit Leistung über MB/KT hinaus geleistet werden (z.B. längere Nachhaftung)?	✓	
BU: KT-Anspruch endet nicht automatisch bei Bezug einer BU-Rente In einigen Tarifen endet der KT-Anspruch automatisch bei Bezug einer BU-Rente.	✓	
Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme eines gesetzlichen Trägers Kur/Reha: Leistung auch bei Kur-/Rehamaßnahme gesetzl. Träger?	✓	
Alkoholgenuss: kein Ausschluss Ist Alkoholgenuss kein Ausschlussgrund?	✓	✓
Entziehungsmaßnahmen mitversichert Sind Entziehungsmassnahmen mitversichert?	✓	
Gemischte Anstalten - schriftl. Zusage nicht generell notwendig In den Standard-KT-Bedingungen ist bei einem Aufenthalt in sog. "Gemischte Anstalten" immer vorab eine schriftl. Zusage notwendig.	✓	
Schwangerschaft: Leistung bei Arbeitsunfähigkeit Soll bei Arbeitsunfähigkeit aussch. wg. Schwangerschaft geleistet werden?	✓	✓
KT Anspruch innerhalb EU nicht auf stationär Behandlung beschränkt Sollen Bedingungsverbesserungen hinsichtlich des Geltungsbereiches vorh. sein?	✓	
Rückfallerkrankung - Karenzzeiten werden zusammengezählt Werden Karenzzeiten bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammengezählt?	✓	✓
Leistung bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch Soll bei Teil-Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederungsversuch auch geleistet werden?	✓	
Erhöhung Tagegeld bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung Soll eine Erhöhung des Tagegeldes bei Einkommenserhöhung ohne Gesundheitsprüfung möglich sein?	✓	✓
Begrenzung ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) Ist das ordentl. Kündigungsrecht (KT mit PKV-Voll) durch den Versicherer begrenzt?	✓	✓

GUTSCH GMBH

Fragebogen Standardfragebogen PKV Voll

KLICK für email: rg@gutsch-gmbh.de

Sollen weitere Besonderheiten bei der Auswertung berücksichtigt werden?

.....

.....

.....

.....

.....

Bestätigung des Kunden:

Hiermit bestätige ich, dass die in diesem Erfassungsbogen aufgeführten Punkte und die Informationen auf den vorangegangenen Seiten mit mir und (sofern abweichend auch mit der versicherten Person) eingehend besprochen und von mir verstanden wurden.

Meine Entscheidungen/Antworten zu den einzelnen Leistungskriterien und Fragen sind vollständig wiedergegeben.

Mir ist bekannt, dass eine optimale Auswertung meiner Angaben nur durch den Einsatz von EDV möglich ist. Ich erkläre mich mit der Verarbeitung und Nutzung meiner Daten für die Erstellung eines Angebotes / Angebotsvergleichs einverstanden. Alle zur Verfügung gestellten Unterlagen und Angaben werden streng Vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Versicherer erfolgt nur im Rahmen der Angebotsfindung, Antragstellung und Vertragsverwaltung.

Darüber hinaus erfolgt eine Weitergabe der Daten durch den Berater nur mit meiner ausdrücklichen Genehmigung. Die gesetzlichen Bestimmungen (z.B. des Bundes- Datenschutzgesetzes, zu den Aufbewahrungspflichten und zur Möglichkeit der Einsichtnahme durch den Kunden) werden vom Berater eingehalten.

Unterschriften:

.....

Ort,Datum

Unterschrift Kunde

.....

Ort,Datum

Unterschrift weiterer Gesprächsteilnehmer

.....

Ort,Datum

Unterschrift Vermittler