

| | 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 |
| 2.4 | 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 |
| 2.5 | 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"/> |
| | Hilfsmittel | K.O. | Wichtig | Unwichtig |
| 2.60 | offener Hilfsmittelkatalog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.61 | Offener Hilfsmittelkatalog bezogen auf lebenserhaltende Hilfsmittel | <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.621 | Herzmonitor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.622 | Beatmungsgeräte | <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> <p>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.</p> <p>2) Arbeitnehmer privat krankenversichert – Absicherung des Einkommens</p> <p>Nettoeinkommen + Beitrag private Krankenversicherung (Gesamtbeitrag) + Arbeitnehmeranteil gesetzliche Rentenversicherung = Summe monatlicher Bedarf</p> <p>Summe geteilt durch 30 = versicherbarer Tagessatz</p> <p>3) Selbständig privat krankenversichert – Absicherung des Einkommens</p> <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 | |
|-------------------------|--------------------------|
| | |
| _____ | _____ |
| Ort, Datum | Ort, Datum |
| _____ | _____ |
| Unterschrift Vermittler | Unterschrift Mandant(en) |