



Erste Leistungskriterien zur Auswahl der geeigneten Privaten Krankenversicherung

Rücksendung bitte an: Fax: **03838 21 485 111**
oder an pkv@online-pkv.de

Liebe Interessentin, Lieber Interessent,

mein **Beratungsansatz** zur Privaten Krankenversicherung ist anders. Nur wenn ich Ihre Erwartungen und Bedürfnisse **genau** kenne, kann ich Ihnen ein geeignetes Produkt empfehlen. Aber nur wenn Sie wissen was es überhaupt am Markt gibt, können Sie entscheiden was davon Sie nutzen möchten.

Ich bin mir sicher, die Beratung zu einem lebenslangen Produkt wie der PKV kann **nicht mit wenigen Fragen oder Onlinerechnern geklärt werden**. Dieser Fragebogen dient **als Grundlage für ein weiteres Gespräch** mit mir und gibt mir eine Vorstellung von dem, was Sie von „Ihrer“ neuen PKV erwarten.

Füllen Sie den Bogen bitte **möglichst spontan** aus und lassen Fragen, die Sie nicht beantworten können einfach weg. Wenn Sie einige Fragen nicht verstehen oder beantworten können, so markieren Sie bitte das Symbol mit dem Fragezeichen. Auf meiner Homepage finden Sie auch einen Leitfaden zur Privaten Krankenversicherung zum Download. Dieser Fragebogen **soll und kann kein Beratungsgespräch** und die sorgfältige Analyse **ersetzen**, erleichtert jedoch diese erheblich, da die **persönlichen Präferenzen** grundsätzlich festgelegt sind. Ein „**Erklär-Video**“ dessen Link ich Ihnen gern zusende, gibt weitere Hilfestellung bei der Auswahl.

Bitte senden Sie den Fragebogen mit dem „senden“ Button am Ende ab und drucken sich eine Kopie für Ihre Unterlagen aus. (Einige Computer speichern die Eintragungen nicht ab, daher vor dem Schließen versenden und drucken)

Weitere Informationen finden Sie auf <http://www.online-pkv.de>. Vielen Dank für Ihre Mithilfe und bis bald,

Ihr Sven Hennig

Vorname, Name:	Geb. Datum:
Wie sind Sie derzeitig versichert?	Beruf:
<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> GKV Wahltarif	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet
<input type="checkbox"/> GKV+ Zusatz <input type="checkbox"/> PKV	

Planen Sie in der Zukunft eine Änderung Ihrer beruflichen Situation?

?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/> ja, freiberufliche Tätigkeit
---	-------------------------------	--	---

Soll der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas weiter gelten? Wie lange?

?	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 6 Wochen	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate	<input type="checkbox"/> unbegrenzt
	<input type="checkbox"/> dazu immer <u>unbegrenzt</u> , bis aus medizinischer Sicht die Rückreise angetreten werden kann					
	<input type="checkbox"/> jetzt benötige ich den Auslandsschutz nicht, Option für später ist <input type="checkbox"/> gewünscht oder <input type="checkbox"/> zwingend					
	<input type="checkbox"/> ohne Beschränkungen auf vorübergehende Aufenthalte					
	<input type="checkbox"/> ohne Abhängigkeit von einer bestimmten Vorversicherungszeit <input type="checkbox"/> ohne weitere Zuschläge					

Möchten Sie im Alter (oder auch heute) Ihren Wohnsitz im Ausland haben (dürfen)?

?	<input type="checkbox"/> nein, nur in Deutschland, oder auch in	<input type="checkbox"/> Europa	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> EWR	<input type="checkbox"/> Schweiz	<input type="checkbox"/> weltweit
---	---	---------------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Darf der Versicherungsschutz bei bestimmten (Privat-) Kliniken eingeschränkt oder ausgeschlossen sein?

- ? ja, immer auch im Inland nur bei Kliniken im Ausland

Falls JA: Ist es akzeptabel für Sie das der Versicherer erst nach Anzeige des Aufenthaltes (auch bei akuten Fällen) leistet? ja nein ja, außer bei Notfällen

Wissen Sie was „gemischte Anstalten“ sind?

- ? nein ja und ich wünsche dort uneingeschränkte Leistungen nur Leistung bei Notfall
 ja, es soll Versicherungsschutz bestehen, falls es die einzige Klinik am Wohnort oder aktuellem Aufenthaltsort ist
 Anschlussheilbehandlung (AHB) und/oder REHA sollen ebenfalls versichert sein

Möchten Sie, das Kurleistungen oder ein Kurtagegeld in Ihrem Vertrag enthalten sind?

- ? nein ja, stationäre Kuren ja, ambulante und stationäre Kuren

Wünschen Sie auch Versicherungsschutz bei Erkrankungen, Behandlungen und Folgen durch Kriegereignisse oder Terroranschläge?

- ? nein ja, außerhalb Deutschlands außerhalb Europas
 auch für Folgen von Terrorereignissen soll Versicherungsschutz bestehen

Möchten Sie, dass bei der Nachversicherung Ihres Kindes auch angeborene Krankheiten, Anomalien und Gebrechen versichert sind und Tarifleistungen besser sein dürfen?

- ? ja nein und freie Wahl der Selbstbeteiligung im Kindertarif
 es soll besserer Versicherungsschutz (als bei den Eltern) gewählt werden können

Sollten Sie einmal versicherungspflichtig werden (oder den Vertrag beenden müssen), soll der Versicherer dann verpflichtet sein, Ihren Schutz in eine Zusatzversicherung (zur GKV) umzuwandeln? (Gründe: Altersrückstellungen und Erhalt des Versicherungsschutzes)

- ? nein ja, für ambulante, stationäre, zahnärztliche Leistungen
 und der Versicherer muss auf das Kündigungsrecht in der Zusatzversicherung verzichten

Möchten Sie das der Versicherer die Erstattung um ca. 20-30 % kürzen kann, wenn die Behandlung nicht durch einen der folgenden Ärzte begonnen wurde? (gilt oft auch für alle Folgekosten, Medikamente etc.)

- ? Hausarzt Primärarzt NEIN, ich möchte den Arzt generell frei wählen

Bis zu welchem Satz der Gebührenordnung sollen die Arzthonorare erstattet werden?

Bei Behandlungen im Inland:

- ? ambulant: 2,3 fach 3,5 fach auch darüber
stationär: 2,3 fach 3,5 fach auch darüber
zahnärztlich: 2,3 fach 3,5 fach auch darüber

Bei Behandlungen im Ausland:

- ? ambulant: 2,3 fach 3,5 fach auch darüber keine Bindung
stationär: 2,3 fach 3,5 fach auch darüber keine Bindung
zahnärztlich: 2,3 fach 3,5 fach auch darüber keine Bindung

die Erstattungen erfolgen (mindestens) zu orts-/ landesüblichen Sätzen

Ist ein dauerhafter oder längerer Auslandsaufenthalt geplant? Falls ja in welchem Land?

Ja, in folgende Länder: _____

Bei stationären Behandlungen sollen auch die Leistungen des Chef-/ Privatarztes und die Wahlleistungen erstattet werden. Sie wünschen FREIE ARZTWAHL, auch Spezialisten?

? ja nein, nur Regelleistungen (diensthabender Arzt ohne Wahlmöglichkeit, wie GKV)
es soll auch das 2-Bett Zimmer 1-Bett Zimmer versichert sein
 eine gezielte Behandlung im Ausland soll möglich sein

In Ihrem Versicherungsschutz sollen zwingend folgende Hilfsmittel erstattet werden:
(ohne Einschränkungen bedeutet auch, dass kein(e) Kauf/ Miete über den Versicherer erfolgen muss.)

Lebenserhaltene Hilfsmittel (Bitte Ihre Mindestanforderungen angeben)

? alle lebenserhaltenen Hilfsmittel künstliche Ernährung Nahrungsmittel/ -stoffe
 Atemüberwachungsmonitor Sauerstoffkonzentratoren und Beatmungsgeräte
 Schlafapnoegeräte Stoma Versorgungsartikel Heimdialysegerät
 Erstattung ohne Einschränkungen jedoch Bezug über den Versicherer ist akzeptabel

Körperersatzstücke

? alle (offene Formulierung) Arm-/ Beinprothesen, Kunstglieder
 Brustprothesen Kunstaugen Epithesen Haarsersatz
 Erstattung ohne Einschränkungen jedoch Bezug über den Versicherer ist akzeptabel

Weitere Hilfsmittel (einige sind nur bei vollständig offenen Hilfsmittelkatalogen versichert)

? Krankenfahrstühle **ohne** Einschränkung auf handbetriebene einfache Ausführung
 Blindenhund Hörgeräte künstlicher Kehlkopf orthopädische Schuhe
 Erstattung ohne Einschränkungen jedoch Bezug über den Versicherer ist akzeptabel

Welche Heilmittel sollen zwingend erstattet werden?

? Physikalisch- medizinische Behandlung (Massagen, Fango, Krankengymnastik etc.)
ohne Einschränkungen beim Preis bei der Anzahl
 Logopäden (wichtig ggf. bei Kindern, Schlaganfall, Unfällen etc.) Ergotherapeuten

Bei der Erstattung der Zahnleistungen sollen

? keine Zahnstafeln vorhanden sein oder max. für die ersten Jahre
 die Höchstsätze sollen bei Unfällen entfallen
Es sind folgende (**Mindest**-)Erstattungssätze gewünscht:
Zahnbehandlung: % Zahnersatz: % Kieferorthopädie: %
Es sollen keine Preisverzeichnisse oder keine Beschränkungen auf „übliche“ Kosten vorhanden sein

Bei einer Psychotherapie müssen mindestens:

? ambulant: bis 20 bis 30 bis 50 über 50 Sitzungen erstattet werden
 ohne prozentuale Einschränkung oder Eigenanteile
stationär: bis 20 bis 30 bis 50 über 50 Tage erstattet werden
Auch Kinder- und Jugendtherap. oder psych. Psychotherapeuten sollen erstattet werden

Ich wünsche mindestens die Erstattung der Schutzimpfungen

? der ständigen Impfkommision Erstattung aller Impfungen ohne Einschränkungen

Vorsorgeleistungen soll der Tarif nach folgender Auswahl enthalten

?	<input type="checkbox"/> Vorsorge nur nach gesetzlichen Programmen	<input type="checkbox"/> ohne Altersbegrenzung
	<input type="checkbox"/> alle ambulanten Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/> sämtliche Vorsorge
	<input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> und Impfungen ohne Anrechnung auf Selbstbeteiligung oder Beitragsrückerstattung	

Transportkosten sollen wie folgt erstattet werden:

?	ambulant:	<input type="checkbox"/> mind. bei Notfall	<input type="checkbox"/> bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit
		<input type="checkbox"/> bei bestimmten Krankheiten (Bsp. Dialyse, Chemotherapie)	
	stationär:	<input type="checkbox"/> mind. bei Notfall	<input type="checkbox"/> mit allen Transportmitteln (Flugzeug, Hubschrauber etc.)
		<input type="checkbox"/> nicht nur bis zum nächstgelegenen Behandler	<input type="checkbox"/> ohne Entfernungsbegrenzung
	<input type="checkbox"/> auch Rücktransport aus dem Ausland		

Ich wünsche auch die Erstattung der

?	<input type="checkbox"/> Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker
	<input type="checkbox"/> Kosten für naturheilkundliche Behandlungen/ Alternativmedizin/ biologische Medizin

Erweiterung des Schutzes: Ich wünsche ebenfalls Leistungen bei

?	<input type="checkbox"/> Laserbehandlungen der Augen	<input type="checkbox"/> häuslicher Krankenpflege	<input type="checkbox"/> Kinderwunschbehandlung
	<input type="checkbox"/> Krankenhausambulanzen/ MVZ	<input type="checkbox"/> Diagnosekliniken	<input type="checkbox"/> Hospizversorgung
	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung bei Elternzeit	<input type="checkbox"/> Garantie bei Übergang Krankengeld zur Berufsunfähigkeit	

Meine Selbstbeteiligung pro Jahr

?	soll einen Betrag von	EUR nicht übersteigen und soll für die folgenden Bereiche gelten:
	<input type="checkbox"/> ambulante	<input type="checkbox"/> stationäre

Im Tarif sollen weiterhin vorhanden sein:

?	<input type="checkbox"/> Wechselmöglichkeiten in andere Tarife	<input type="checkbox"/> zeitlich befristete Optionen
---	--	---

Es besteht derzeit Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit (Wichtig zur Abstimmung!)

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	Gesellschaft:	Tarif:
		Rentenhöhe:	Endalter:

Wie und wo sind Sie derzeit krankenversichert?

<input type="checkbox"/> GKV	oder falls schon privat versichert:	
Gesellschaft:	Tarif:	seit wann?:

Folgende Punkte möchte ich noch besprechen/ anmerken:

--

Name, Vorname:

Tel.:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift: