



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

**Helge Kühl**  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuhl.de

<http://vs.djv.de>

## Risikoanalyse zur privaten Krankenzusatzversicherung für

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ und Ort	
Geburtstag	
Beruf	
Status	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonst
Familienstand	
E-Mail	


### Anlass der Beratung

( ) Anforderung eines Versicherungsvorschlages oder

( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Umfang der Beratung:

Damit vor allem gravierende Lücken in Ihrem Versicherungsschutz erkannt werden, raten wir Ihnen, eine Analyse der Risiken Ihres Haushalts durchführen zu lassen (umfassende Beratung). Wünschen Sie heute eine umfassende oder eine ausschließlich anlassbezogene Beratung?

- Ich wünsche heute eine umfassende Beratung. 
- Ich wünsche heute eine anlassbezogene Beratung zum Thema private Krankenzusatzversicherungen.
- Ich wünsche später eine umfassende Beratung.

### Gewünschte Qualität des Versicherungsschutzes:

- Ich wünsche die Absicherung existenzvernichtender Risiken und bin bereit, überschaubare Risiken selbst zu tragen. Ich lege Wert auf einen möglichst geringen Beitrag.
- Ich wünsche die Absicherung existenzbedrohender Risiken und strebe ein ausgewogenes Preis-/Leistungsverhältnis an.
- Ich wünsche die Absicherung existenzneutraler Risiken und möchte möglichst wenig Risiken selbst tragen. Die Beitragshöhe ist sekundär.



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

**Helge Kühl**  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuhl.de

<http://vs.djv.de>

## Risikoanalyse für die private Krankenzusatzversicherung

Kunde/Interessent: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine private Krankenzusatzversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: \_\_\_\_\_ unter der Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Seit wann ? \_\_\_\_\_

gekündigt vom  Versicherungsnehmer  Versicherer zum: \_\_\_\_\_

Umfang der bestehenden Versicherung: \_\_\_\_\_

Falls nein: Bestand früher eine private Krankenzusatzversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: \_\_\_\_\_ unter der Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

gekündigt vom  Versicherungsnehmer  Versicherer zum: \_\_\_\_\_

Umfang der bestehenden Versicherung: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Bausteine

stationäre Zusatzversicherung

Zahnzusatzversicherung

ambulante Zusatzversicherung

Heilpraktiker / Alternative Heilmedizin

Ergänzungsversicherung

Auslandsreisekrankenversicherung

Reisen Sie jährlich ins Ausland?

Ja  Nein

Art der Aufenthalte

privat  auch beruflich  nur beruflich

Die maximale Reisedauer einer privaten Reise beträgt

\_\_\_\_\_ Wochen

Die maximale Reisedauer einer beruflichen Reise beträgt

\_\_\_\_\_ Wochen bzw. \_\_\_\_\_ Tage

Nächster Aufenthalt -geplante Reisedauer vom

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Reiseziele

\_\_\_\_\_

Schutz in Krisen- / Kriegsgebieten gewünscht

Ja  Nein



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuhl.de

<http://vs.djv.de>

Für folgende Personen wünsche ich Versicherungsvorschläge

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf

### Ergänzungsfragen zur stationäre Zusatzversicherung

Unterbringung im Einbettzimmer gewünscht (statt Zweibettzimmer)   Ja  Nein

### Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes

Achtung: Je mehr der nachfolgenden Leistungsextras Sie wünschen, desto weniger Tarife /Anbieter bleiben beim Vergleich übrig. Die **rot bzw. fett** kenntlich gemachten Fragen halten wir für sehr wichtig, die schwarzen für von Fall zu Fall wichtig und die **grün bzw. kursiv** kenntlich gemachten Fragen für eher unwichtig.

Um überproportionale Beitragssteigerungen, insbesondere im Alter, zu vermeiden:

**Wünschen Sie einen Tarif, der Alterungsrückstellungen bildet?**   Ja  Nein


**Der Tarif soll auch für stationäre Psychotherapie leisten**   Ja  Nein


**Schutz auch für ambulante Operationen im Krankenhaus**   Ja  Nein

**Vor- und nachstationäre Behandlung sollen mitversichert werden**   Ja  Nein

Erstattung auch über die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOÄ hinaus   Ja  Nein

Mitversicherung von Komfortleistungen (besondere Verpflegung, Telefon, TV u. ä.)   Ja  Nein

Leistungen auch in gemischten Krankenanstalten ohne vorherige schriftliche Zusage   Ja  Nein

Einschluss eines Optionsrechtes auf Wechsel in eine private Vollversicherung   Ja  Nein

*Mitversicherung eines Krankenhaustagegeldes für etwaige entstehende Mehrkosten*   Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe ? \_\_\_\_\_ €



Versicherungsservice für DJV-Mitglieder

Helge Kühl  
Versicherungsmakler e.K.  
Aschauer Weg 4, 24214 Neudorf  
Tel. (04346) 29602-00, Fax (04346) 29602-07  
E-Mail info@helgekuhl.de


<http://vs.djv.de>

### Ergänzungsfragen zur Zahnzusatzversicherung

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnersatz \_\_\_\_\_ % 

**Einschluss von Inlays** 

**Einschluss von Implantaten** 

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnbehandlung \_\_\_\_\_ % 

Gewünschte Erstattungshöhe bei Kieferorthopädie \_\_\_\_\_ % 

### Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Einschluss von prophylaktische Maßnahmen   Ja  Nein


Erstattung auch über die Höchstsätze (Faktor 3,5) der GOZ hinaus  Ja  Nein


Erstattung auch ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Höhe ? \_\_\_\_\_ %

Hohe Erstattungsleistung bereits in den ersten Versicherungsjahren  Ja  Nein

### Ergänzungsfragen zu Heilpraktiker- / alternative Heilmedizin-Tarifen

Gewünschte Erstattungshöhe von Heilpraktikerrechnungen in Prozent \_\_\_\_\_ % 

Gewünschte Erstattungshöhe von Heilpraktikerrechnungen in € \_\_\_\_\_ € 

### Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Erstattung von alternativen Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis  Ja  Nein

Erstattung von alternativen Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte  Ja  Nein

Ich bestätige, dass ich die Mandanten-Informationen zur privaten Krankenzusatzversicherung erhalten und gelesen habe.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Mandant/-in \_\_\_\_\_