

Erfassungsbogen

Die Abfrage der Daten erfolgt analog der Eingabe ins Vergleichsprogramm.

Wer soll versichert werden?	
Vor- und Nachname	
Geschlecht der zuversichernden Person	
Geburtsdatum der zuversichernden Person	
Bitte wählen Sie die Berufsgruppe aus!	

Bitte treffen Sie Ihre Auswahl:

Ambulanter, stationärer, dentaler Bereich

Tarife mit ambulanten Leistungen mit einbeziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarife mit stationären Leistungen mit einbeziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarife mit dentalen Leistungen mit einbeziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Tagegelder

Tagegeldtarife mit einbeziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------	---

Pflegezusatz

Pflegetagelnder und Pflegekostentarife einbeziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Allgemein

Versicherungsbeginn:	
Umfang der Berechnung (mehrere Tarifkombinationen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berechnung nur im angewählten Leistungsbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tarife mit Option zum Einstieg in eine Vollversicherung berechnen?	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> nur <input type="checkbox"/> ohne Optionstarife
Berechnung mit Tarifen nur zum Risikobeitrag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berechnung mit Tarifen, die nur bei unfallbedingten Erkrankungen leisten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ambulant

Ambulante Leistungen erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seehilfe min.	<input type="checkbox"/> unwichtig höhe in Euro €
Erstattung ambulanter privatärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle Behandlungsmethoden gemäß Hufelandverzeichnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung der gesetzl. Zuzahlungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Übernahme Praxisgebühr (Wenig Tarife erfüllen dieses Merkmal)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auslandsreiseschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz

Krankenhaus

Stationäre Leistungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Privatarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstattung der gesetzl. Zuzahlungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freie Krankenhauswahl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz

Zahnbereich

Incl.- GKV-Leistung wünsche ich eine Erstattung für Zahnersatz (Erstattung bei Regelversorgung)	<input type="checkbox"/> von... % bis... %
Erstattung Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz ohne GKV Vorleistung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz außerhalb Regelversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Übernahme Praxisgebühr (Wenig Tarife erfüllen dieses Merkmal)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistung für Implantate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gebührenordnung	<input type="checkbox"/> bis Höchstsatz <input type="checkbox"/> über Höchstsatz

Datum

Ort

Unterschrift