



„Private Krankenversicherung“ Leistungsmerkmale individuell geplant

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

ich freue mich sehr, dass Sie sich mit dem Thema der „Privaten Krankenversicherung“ genauer beschäftigen. Der Ansatz meiner Beratung unterscheidet sich von denen Anderer. Warum? Weil ich der festen Überzeugung bin, dass sich eine solch existenziell wichtige Absicherung nicht auf wenige Fragen und pauschale Raster reduzieren lässt. Hier ist Spezialisierung gefragt.

Entscheidend sind Ihre ganz persönlichen Vorstellungen, Bedürfnisse sowie Ihre Lebensplanung, denn eine Krankenversicherung begleitet Sie ein Leben lang. Ein Leben, welches ständigen Veränderungen unterworfen ist, die nicht immer vorhersehbar oder selbst bestimmbar sind, wie z.B. ein Unfall.

Gewählte Leistungen sind unveränderbar. Eine spätere „Korrektur“, sofern überhaupt möglich, ist immer mit Nachteilen verbunden, die ich mit meiner unabhängigen Beratung verhindern möchte.

Meine Beratung hat das Ziel, Ihnen die Gesamtheit der Möglichkeiten aus dem Tarifdschungel, die Sie wählen können, bekannt zu machen. Für eine solche Absicherung benötigen wir ausreichend Zeit. Vieles wird für Sie neu sein und hängt kausal mit anderen Leistungen zusammen. Gute Leistungen sind nicht zwingend teuer, entscheiden aber, wenn Dinge nicht berücksichtigt wurden, über den Lebensstandard bis hin zum möglichen Ruin im Krankheitsfall. Die PKV hat ca. 16 Themenbereiche. Hier ist es wichtig zu erfahren, was Ihnen bereits bekannt ist oder was Sie nicht ausschließen können. Sehr gern belege ich Ihnen dies in einem ersten gemeinsamen Beratungsgespräch, für das Sie hier bitte eine erste Grundlage legen.

Für diese Mühe bedanke ich mich bei Ihnen schon jetzt und freue mich auf das erste kommende Gespräch.

Ihr Michael Krolinski

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Telefon

E-Mail

Der Versicherungsschutz erstreckt sich - sofern sich der „gewöhnliche Aufenthalt“ (rechtlich undefiniert) in einem Land innerhalb des EWR befindet - zeitlich unbegrenzt auf die Heilbehandlung in Europa, außerhalb Europas lediglich bis zu einem Monat. Das Vertragsverhältnis endet, wenn der "gewöhnliche Aufenthalt" außerhalb des Europäischen WirtschaftsRaumes (EWR) ist.

Versichert bei

GKV

PKV

Tarif

Beitrag

Soll der Versicherungsschutz auch außerhalb des EWR über einen Monat gültig sein?

1 Monat

3 Monate

6 Monate

1 Jahr

3 Jahre

5 Jahre

Unbegrenzt

Rückreisefrist im Leistungsfall:

2 Monat

3 Monate

ohne Frist

Was verstehen Sie unter "vorübergehende Aufenthalte"?

Auslandsversicherungsschutz ohne Bindung an Vorversicherungszeiten

Ja

Nein



Nur rechtssichere AVB-Bedingungen fließen in die spätere Beratung ein, keine "KANN-Regelung". Die PKV ist ein enorm komplexes System, daher rufen Sie bitte an, sollte es Verständnisprobleme geben, sehr gerne helfe ich Ihnen weiter.

Name: _____



Ist ein langer Auslandsaufenthalt, jetzt oder später geplant?

- Ja Nein

Gebührenordnung (GOÄ/GOZ):

Inland

- | | | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ambulant | <input type="radio"/> 2,3-fach | <input type="radio"/> 3,5-fach | <input type="radio"/> auch darüber | <input type="radio"/> ohne Bindung |
| stationär | <input type="radio"/> 2,3-fach | <input type="radio"/> 3,5-fach | <input type="radio"/> auch darüber | <input type="radio"/> ohne Bindung |
| zahn | <input type="radio"/> 2,3-fach | <input type="radio"/> 3,5-fach | <input type="radio"/> auch darüber | <input type="radio"/> ohne Bindung |

außerhalb Deutschlands

- | | | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ambulant | <input type="radio"/> 2,3-fach | <input type="radio"/> 3,5-fach | <input type="radio"/> auch darüber | <input type="radio"/> ohne Bindung |
| stationär | <input type="radio"/> 2,3-fach | <input type="radio"/> 3,5-fach | <input type="radio"/> auch darüber | <input type="radio"/> ohne Bindung |
| zahn | <input type="radio"/> 2,3-fach | <input type="radio"/> 3,5-fach | <input type="radio"/> auch darüber | <input type="radio"/> ohne Bindung |

Ist die Regulierung der Arztkosten in "ortsüblicher Form" gewünscht?

- Ja Nein

! Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung haben Privatpatienten freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Möchten Sie auch Privatkliniken aufsuchen können?

- Wenn nötig im Ausland Im Inland Nein

Ist die Meldepflicht des Aufenthaltes im Krankenhaus zur Leistungsregulierung für Sie akzeptabel?

- Ja Nein außer bei Notfällen

Soll der Aufenthalt in einer "Gemischten Anstalt" versichert sein?

- nur bei Notfalleinweisung (auch Unfall)
 auch bei geplanten notwendigen Behandlungen

Sollen Krankenhausambulanzen mit versichert sein?

- Ja Nein

Wie sollen Anschlussheilbehandlungen (AHB) mit versichert sein?

- grundsätzlich
 bei bestimmten Erkrankungen

Optionsrechte:

Wünschen Sie ...

- ... fixe Optionstermine
 ... bedarfsgerechte Optionszeitpunkte (z.B. zum Monatsersten), auch wenn bereits Leistungen bezogen werden.

! Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen, als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten (Genesende) aufnehmen. Die Kosten für die Behandlung in Gemischten Anstalten werden standardmäßig nur nach vorheriger Leistungszusage des Versicherers erstattet.

Möglichkeiten zur Umstellung in geringere Selbstbeteiligungsvarianten, z.B. für den Lebensabend?

- jährlich bei Beitragsanpassung
 zu festgelegten Terminen

Arztwahl:

- Hausarztprinzip Primärarztprinzip Freie Arztwahl

Soll eine gezielte Behandlung im Ausland möglich sein?

- Ja Nein

! Bedenken Sie jedoch, dass wir jedes Jahr weniger Fachärzte in Deutschland haben.

Unterbringung / Arzt (stationärer Bereich):

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Regelleistungen | <input type="radio"/> Zweibettzimmer | <input type="radio"/> Einbettzimmer |
| <input type="radio"/> Belegarzt | <input type="radio"/> Chefarzt | <input type="radio"/> Spezialist / Privatarzt |

Name: _____



Folgende Hilfsmittel sollen zwingend versichert sein (ambulanter Bereich):

Lebenserhaltende Hilfsmittel:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Offene Formulierung (alle) | <input type="checkbox"/> Künstliche Ernährung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel/-stoffe |
| <input type="checkbox"/> Atemüberwachungsmonitore | <input type="checkbox"/> Sauerstoffk./ Beatmungsgeräte | <input type="checkbox"/> Schlafapnoegeräte |
| <input type="checkbox"/> Stoma Versorgungsartikel | <input type="checkbox"/> Heimdialyse | <input type="checkbox"/> Erstattung o. Einschränkungen |

Körperersatzstücke:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Offene Formulierung (alle) | <input type="checkbox"/> Arm-/ Beinprothesen | <input type="checkbox"/> Kunstglieder |
| <input type="checkbox"/> Brustprothesen | <input type="checkbox"/> Epithesen | <input type="checkbox"/> Haarersatz |
| <input type="checkbox"/> Kunstaugen | | <input type="checkbox"/> Erstattung o. Einschränkungen |

Sonstige Hilfsmittel:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> notwendige Krankenfahrstühle | <input type="checkbox"/> Alle aufgeführten Hilfsmittel | |
| <input type="checkbox"/> Blindenhund | <input type="checkbox"/> „handbetriebene“ | <input type="checkbox"/> „einfache Ausführung“ |
| <input type="checkbox"/> künstlicher Kehlkopf | <input type="checkbox"/> Hörgeräte | <input type="checkbox"/> orthopädische Hilfsmittel |
| | <input type="checkbox"/> Gehilfen | <input type="checkbox"/> Erstattung o. Einschränkungen |

Heilmittel und Nichtärztliche Behandler:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Physikalisch-medizinische Therapie | <input type="checkbox"/> Einschränkungen beim Preis | <input type="checkbox"/> Einschränkungen bei der Anzahl |
| <input type="checkbox"/> alle „Nichtärztlichen Behandler“ | <input type="checkbox"/> Logopäde / Logopädie | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut / Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Behandlung durch Heilpraktiker versichert | <input type="checkbox"/> Naturheilkunde/Alternativ-/ biologische Medizin | |

Zahn:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Zahnstaffel | <input type="checkbox"/> Zahnstaffel gewünscht | <input type="checkbox"/> entfällt bei Unfall |
| <input type="checkbox"/> Zahnbehandlung <input type="text" value=""/> % | <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="text" value=""/> % | <input type="checkbox"/> KFO <input type="text" value=""/> % |
| <input type="checkbox"/> Keine weiteren Einschränkungen | <input type="checkbox"/> Preisverzeichnisse sind akzeptabel | |

Psychotherapie:

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| ambulant | <input type="radio"/> Bis 30 Sitzungen | <input type="radio"/> Bis 50 Sitzungen | <input type="radio"/> Auch darüber |
| stationär | <input type="radio"/> Bis 30 Tage | <input type="radio"/> Bis 50 Tage | <input type="radio"/> Auch darüber |
| <input type="checkbox"/> psychologische Psychotherapeuten | <input type="checkbox"/> preisl. Einschränkungen | | |

Vorsorge und Schutzimpfungen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung STIKO | <input type="checkbox"/> Alle Schutzimpfungen | <input type="checkbox"/> medizinisch notwendige Schutzimpfungen |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge nach GKV Vorgabe | <input type="checkbox"/> Ohne Alterseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Alle Vorsorgemaßnahmen |

Die Untersuchung in Diagnosekliniken soll auch Erstattungsfähig sein. Ja Nein

Transportkosten:

Ambulant

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> bei Notfall | <input type="checkbox"/> bei Gehunfähigkeit | <input type="checkbox"/> bei best. Krankheiten |
|--------------------------------------|---|--|

Stationär

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> bei Notfall | <input type="checkbox"/> mit allen Transportmitteln | <input type="checkbox"/> nicht nur bis zum nächsten Behandler | <input type="checkbox"/> ohne Entfernungsbegrenzung |
|--------------------------------------|---|---|---|

Rücktransport aus dem Ausland?

- Ja Nein

Name: _____

Keine weiteren versteckten Selbstbeteiligungen (Bsp: Medikamente):

Ja Nein

Welche Selbstbeteiligung akzeptiere ich pro Jahr?

Besteht derzeit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit (SBU /BUZ)?

Ja Nein

Gesellschaft

Tarif

Rentenhöhe

Ist Ihnen die Problematik der Übergangsregelung Krankentagegeld und BU bekannt?

Ja Nein

Besteht schon eine Absicherung gegen schwere Krankheiten?

Ja Nein

Gesellschaft

Tarif

Rentenhöhe

Besteht eine Unfallversicherung?

Gesellschaft

Tarif

Beitrag

Rentenhöhe

Grund-Inval.

Progr.

Dynamik

Besteht eine zusätzliche Pflegeversicherung zur Wahrung des Lebensstandards im Alter?

Ja Nein

Der Hintergrund der Anfrage ist folgender:

Folgende Dinge sind mir noch wichtig / möchte ich noch ansprechen / sind mir noch unklar:

Mir ist bekannt, dass dieser Fragebogen keine Beratung darstellt, diese auch nicht ersetzen kann. Er dient einer ersten Orientierung (Analyse) der späteren Inhalte des gesuchten Versicherungsschutzes. Auch bin ich auf die dringliche Beantwortung der Fragen, bezogen auf meinen derzeitigen Gesundheitszustand hingewiesen worden.

Rücksendung bitte an:

Fax: 030-98314929 oder E-Mail: mk@pkvberlin.de

Bitte sichern Sie sich eine ausgefüllte Kopie dieses Fragebogen für Ihre Unterlagen unter →Datei →Speichern.

Vielen Dank !

Datum _____

Unterschrift _____