

# Meine Absicherungswünsche für die private Krankenversicherung

Mit den nachfolgenden Angaben gibst du uns zur Vorbereitung deines Beratungstermins einen Überblick, welche Leistungen dir bei der privaten Krankenversicherung wichtig sind und welchen Versicherungsumfang du wünschst. Da sich die einzelnen Tarife der privaten Krankenkassen hinsichtlich ihres Leistungsumfangs teils deutlich unterscheiden, sind deine Angaben in diesem Bogen wichtige Anhaltspunkte, worauf wir bei der Suche nach den für dich am besten geeigneten Absicherungslösungen besonders achten sollen. **Solltest du zu den in diesem Bogen genannten Leistungsmerkmalen Fragen haben, hinterlass uns gerne an der entsprechenden Stelle einen kurzen Kommentar (Rechtsklick → Notiz hinzufügen).** Gerne werden wir dir dazu im Rahmen deines Beratungstermins detaillierte Informationen geben und dich bei der Auswahl unterstützen. Für das Ausfüllen und Zurücksenden des Bogens vielen Dank im Voraus!

## Meine Absicherungspräferenzen



**Grundausrichtung**  
(bitte wähle die zwei  
Eckpunkte aus, die dir  
am wichtigsten sind)

gute Leistungen

geringer Beitrag

hohe Beitragsstabilität

**Allgemein**

- Ergänzung der Beihilfeleistungen
- keine Selbstbeteiligung
- freie Arztwahl/freie Krankenhauswahl
- keine Einschränkungen bei Heil- und Hilfsmitteln
- Leistungen über die Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte hinaus
- Erstattung für Sehhilfen
- Kuren
- Psychotherapie
- Vorsorgeuntersuchungen über die gesetzlichen Mindestleistungen hinaus
- Palliativversorgung (Behandlung bei nicht heilbaren Erkrankungen)
- Krankenversicherungsschutz bei Auslandsreisen

<b>Allgemein</b>	<input type="checkbox"/> Ergänzung der Leistungen der Pflegepflichtversicherung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren/Alternativmedizin (bspw. Heilpraktiker) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/> Chefarzt/Privatarzt <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> Unterbringung in Privatkliniken ohne Einschränkung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
<b>Zahn</b>	<input type="checkbox"/> gute Leistungen bei Zahnersatz <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
<b>Wunschversicherer (optionale Angabe)</b>	Anbieter <input type="text"/> Gründe für meinen Wunsch <input type="text"/>

Meine Wünsche bezüglich der Mitversicherung von Kindern

Sollen Kinder mitversichert werden?     Ja     Nein

↑  
**Wenn „ja“:** Befülle bitte für jedes deiner Kinder den Bogen „Gesundheitsangaben“ (nutze den entsprechenden Bogen einfach mehrmals) und lade uns bitte zusammen mit dem Bogen Fotos des Kinderuntersuchungshefts in simplr hoch.

Name, Geburtsdatum und Geburtsort der mitzuversichernden Kinder