

Name: ..... Geschlecht:  m  w

Geburtsdatum: ..... Beruf: \_\_\_\_\_  angestellt  selbständig

## 1. Ambulant

**Selbstbehalt im Bereich von \_\_\_\_\_ € bis \_\_\_\_\_ €**

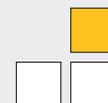
Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>GOÄ - Ärzte ambulant</b>	<b>mindestens</b>		
	<1,8 <input type="checkbox"/>	1,8 <input type="checkbox"/>	2,3 <input type="checkbox"/>
			3,5 <input type="checkbox"/>
<b>GOÄ - Ärzte ambulant darüber</b>	<b>mindestens</b>		
	Kulanz <input type="checkbox"/>	mit Beschränkung <input type="checkbox"/>	
		ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>	
<b>GOÄ - Ärzte ambulant Ausland</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Arznei/Verbandmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medikamentenähnliche Nahrungsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• parenterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Internetapothekete	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Heilmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ergotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Logopäde	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Physikalische Therapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Podologie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Preisverzeichnis Heilmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	



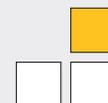
Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Preisverzeichnis Hilfsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittelkatalogart</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hilfsmittelkatalog offen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog ausschließlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog geschlossen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hilfsmittelkatalog offener Ausschluss	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - für Blinde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blindenhund	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Blindenstock	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Elektronisches Lesegerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - Körperersatzstücke</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Armprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Beinprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Brustprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Kunstauge	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - Krankenfahrstuhl</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel - lebenserhaltende</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sauerstoffgeräte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ernährungspumpen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - orthopädische</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthopädische Schuhe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Schuheinlagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - sanitäre Verbrauchsartikel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Hilfsmittel - technische</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hörgeräte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Blutzuckermessgeräte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel - sonstige</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Perücken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Gehilfen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Brillen / Sehhilfen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LASIK</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kontaktlinsen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Kontaktlinsen Pflegemittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Alternative Heilmethoden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heilpraktiker</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alternative Arzneimittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychotherapie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Approbierte psychologische Psychotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Diplompsychologe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ärzte mit verfahrensbezogenen Zusatzausbildung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Analytische Psychotherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Verhaltenstherapie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	



Ambulante Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Vorsorgeuntersuchung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vorsorge - Auswirkung auf BRE	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Vorsorge - Anrechnung auf SB	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Schutzimpfungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstbehalt gilt für</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weitere Selbstbeteiligungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Selbstbehalt im 1. Jahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Selbstbehalt ab 65. Lebensjahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Reduziert sich der Selbstbehalt ab dem 65. Lebensjahr?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hausarztprinzip</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transportkosten ambulant</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transportkosten ambulant	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Fahrtkosten ambulant	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Häusliche Grundpflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Häusliche Behandlungspflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Hauswirtschaftliche Versorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Kur ambulant</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurort-Behandlung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schwangerschaft - Leistungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umwandlung Voll in Zusatz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitslosigkeit beitragsfrei</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

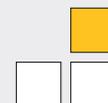


## 2. Stationäre Unterbringung

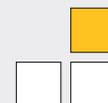
Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Mehrbettzimmer

Behandlung durch Privatarzt Ja  Nein

Stationäre Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
Ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischte Anstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Privatkliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOÄ - Ärzte stationär	<b>mindestens</b> <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte stationär darüber	<b>mindestens</b> Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
GOÄ - Ärzte stationär Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Krankenhausmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltungsbereich außereuropäisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsitzverlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rooming in (Elternteil und Kind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Stationäre Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Anschlussheilbehandlung (Reha)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• AHB, Reha ohne Vorleistung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Stationäre Unterkunft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ersatz-KHT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstbehalt gilt für</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Komfortzuschläge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transportkosten im Inland</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transportkosten Inland	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Fahrtkosten Inland	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Transportkosten Weltweit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Auslandsrücktransport</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stationäre Auslandsbehandlung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entbindungspauschale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entziehungsmaßnahme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umwandlung Voll in Zusatz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Künstliche Befruchtung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sterilisation bei Frauen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kur stationär</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beitragsfrei bei Elternschaft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

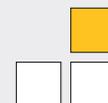


### 3. Zahnleistung

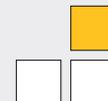
Erstattung mindestens

Zahnbehandlung \_\_\_\_\_ %  
 Kieferorthopädie \_\_\_\_\_ %  
 Zahnersatz \_\_\_\_\_ %

Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>GOZ - Zahnärzte</b>	<b>mindestens</b> <1,8 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 2,3 <input type="checkbox"/> 3,5 <input type="checkbox"/>		
<b>GOZ - Zahnärzte darüber</b>	<b>mindestens</b> Kulanz <input type="checkbox"/> mit Beschränkung <input type="checkbox"/> ohne Beschränkung <input type="checkbox"/>		
<b>GOZ - Zahnärzte Ausland</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausland unbegrenzt - akut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Ausland unbegrenzt - gezielt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Zahnleistung - Erstattung in %</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Preisverzeichnis Zahn</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Implantate</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inlays</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prophylaxe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gnathologie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Material- und Laborkosten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Zahn-Leistungsfragen	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Summenbegrenzung Zahn</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Summenbegrenzung Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Keine Summenbegrenzung Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Keine Summenbegrenzung Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Entfällt Summenbegrenzung bei Unfall</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heil- und Kostenplan</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heil- und Kostenplan - Zahnbehandlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Zahnersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
• Heil- und Kostenplan - Kieferorthopädie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Fahrtkosten zum Zahnarzt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fehlende Zähne - Zuschlag</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fehlende Zähne - Erstattung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Laufende Zahnbehandlung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstbehalt gilt für</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umwandlung Voll in Zusatz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 4. Pflegeversicherung

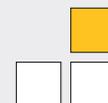
### 4.1. Pflegetagegeld

Pflegetagegeldtarife können für jede Pflegestufen 0, 1, 2, und 3 einzeln oder in Kombination recherchiert werden. Sie wählen den monatliche €-Betrag des Pflegetagegeldes für die jeweiligen Pflegestufen.

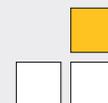
Leistungsfragen – Pflegetagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 0</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 0 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 0</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 0 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 1 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 2 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 3 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege durch Laien / Familienpflege</b> Um wieviel Prozent wird die Leistung gekürzt, wenn die Pflege durch Laien, z.B. Familienangehörige, und nicht durch eine Pflegefachkraft durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Leistungsfragen – Pflegetagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 0</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 0 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 0</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 0 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Feststellung der Pflegebedürftigkeit</b> Auf welcher Grundlage wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anzeige einer Pflegebedürftigkeit</b> Bis wann muss dem Versicherer eine Pflegebedürftigkeit angezeigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beitragsbefreiung bei Pflege</b> Ab welcher Pflegestufe / Umfang wird der Tarifbeitrag erlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



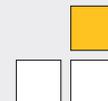
Leistungsfragen – Pflegetagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Dynamisierung</b> In welchem Umfang erhöht sich das Pflegetagegeld bzw. Pflegegeld automatisch ohne Gesundheitsprüfung (Leistungsanpassungsklausel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>• Dynamisierung im Pflegefall</b> Erhöht sich das Pflegetagegeld bzw. Pflegegeld auch automatisch ohne Gesundheitsprüfung während eines bereits eingetretenen Pflegefalls?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
<b>Wartezeit Pflege</b> Wie lange ist die Wartezeit (= vom Versicherungsbeginn an), bis erstmalig Leistungen in Anspruch genommen werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Karenzeit Pflege</b> Welche Karenzeiten (= vom Versicherungsfall an) gelten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pflegeleistung</b> Welche Pflegeleistungen werden erstattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leistung bei Vorleistung PPV</b> Was leistet der Tarif nach Vorleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pflegehilfsmittel / technische Hilfen</b> Welche Leistungen sieht der Tarif für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Parallele Pflegetarife</b> Welche Voraussetzungen bestehen (z.B. Zustimmung des Versicherers), wenn mehrere Pflegetagegelder bzw. Pflegeergänzungsversicherungen abgeschlossen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verzicht auf das Kündigungsrecht</b> Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Geltungsbereich Pflege</b> Wird das Pflegetagegeld bzw. Pflegegeld auch außerhalb von Deutschland bezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



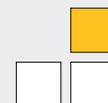
## 4.2. Pflegeergänzungsversicherung

Die Pflegeergänzungsversicherung kann für jede Pflegestufen 0, 1, 2, und 3 einzeln oder in Kombination recherchiert werden. Diese Zusatzversicherung leistet dann einen bestimmten festen monatlichen €-Betrag zusätzlich zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung.

Leistungsfragen – Pflegeergänzungsversicherung	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 1 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 2 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe 3 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 1 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 2 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine häusliche Pflege in Pflegestufe 3 gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliche Pflege durch Laien / Familienpflege</b> Um wieviel Prozent wird die Leistung gekürzt, wenn die Pflege durch Laien, z.B. Familienangehörige, und nicht durch eine Pflegefachkraft durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 1 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 2 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Leistungsfragen – Pflegeergänzungsversicherung	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine teilstationäre Pflege in Pflegestufe 3 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 2 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3</b> In welcher Höhe werden Leistungen für eine Kurzzeitpflege in Pflegestufe 3 erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Feststellung der Pflegebedürftigkeit</b> Auf welcher Grundlage wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anzeige einer Pflegebedürftigkeit</b> Bis wann muss dem Versicherer eine Pflegebedürftigkeit angezeigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beitragsbefreiung bei Pflege</b> Ab welcher Pflegestufe / Umfang wird der Tarifbeitrag erlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dynamisierung</b> In welchem Umfang erhöht sich das Pfl egetagegeld bzw. Pflegegeld automatisch ohne Gesundheitsprüfung (Leistungsanpassungsklausel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>• Dynamisierung im Pflegefall</b> Erhöht sich das Pfl egetagegeld bzw. Pflegegeld auch automatisch ohne Gesundheitsprüfung während eines bereits eingetretenen Pflegefalls?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
<b>Wartezeit Pflege</b> Wie lange ist die Wartezeit (= vom Versicherungsbeginn an), bis erstmalig Leistungen in Anspruch genommen werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Karenzeit Pflege</b> Welche Karenzeiten (= vom Versicherungsfall an) gelten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



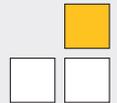
Leistungsfragen – Pflegeergänzungsversicherung	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Pflegeleistung</b> Welche Pflegeleistungen werden erstattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leistung bei Vorleistung PPV</b> Was leistet der Tarif nach Vorleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pflegehilfsmittel / technische Hilfen</b> Welche Leistungen sieht der Tarif für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Parallele Pfegetarife</b> Welche Voraussetzungen bestehen (z.B. Zustimmung des Versicherers), wenn mehrere Pfegetagegelder bzw. Pflegeergänzungsversicherungen abgeschlossen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verzicht auf das Kündigungsrecht</b> Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Geltungsbereich Pflege</b> Wird das Pfegetagegeld bzw. Pflegegeld auch außerhalb von Deutschland bezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



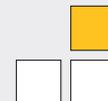
## 5. Krankentagegeld

Gewünschter Tagessatz: \_\_\_\_\_ € ab Woche 6 (43. Tag)  
 Gewünschter Tagessatz: \_\_\_\_\_ € ab Woche \_\_\_\_\_  
 Gewünschter Tagessatz: \_\_\_\_\_ € ab Woche \_\_\_\_\_

Leistungsfragen – Krankentagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Leistungsdauer KTG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• KTG bei Rentenbezug	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Karenzzeit KTG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kündigungsverzicht bei KTG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kündigungsverzicht bei KTG – solo	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>Obliegenheitsverletzungen - Meldefristen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anpassung KTG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einkommen Definition</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Berufskrankheiten (KTG)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KTG bei Wiedereingliederung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alkoholklausel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• KTG aufgrund Entziehungsmaßnahmen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>KTG Berufsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• KTG zu BU - Leistungsdauer Übergangsphase	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<b>KTG zu BU - Produktübergang</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitslos und KTG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KTG stationär</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



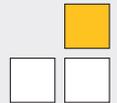
Leistungsfragen – Krankentagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
KTG im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KTG bei Kuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KTG bei Anschlussheilbehandlung/ Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutterschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beitragsfrei bei Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übertritt aus GKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endalter KTG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 6. Krankenhaustagegeld

Gewünschter Tagessatz: \_\_\_\_\_ €

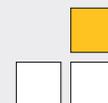
Leistungsfragen – Krankenhaustagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Gemischte Anstalten</b> Unter welchen Bedingungen wird das versicherte Krankenhaustagegeld in vollem Umfang auch in Krankenanstalten gezahlt, die auch Kuren / Sanatoriumsbehandlung durchführen bzw. Rekonvaleszenten aufnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Krankenhausmeldung</b> Verzichtet der Versicherte bei einem stationären Aufenthalt auf die Krankenhausmeldung innerhalb von 10 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere KHT bei anderen Versicherten</b> Können ohne vorherige Zustimmung des Versicherten noch weitere Krankenhaustagegelder bei anderen Versicherten bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verzicht auf das Kündigungsrecht</b> Verzichtet der Versicherte auf sein ordentliches Kündigungsrecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KHT-Teilstationär</b> Welche Leistungen werden bei teilstationärer Behandlung erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KHT-Bundeswehr (Sanitätsbereich)</b> Wird im Revier bzw. Sanitätsbereich der Bundeswehr das Krankenhaustagegeld in voller Höhe gezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. Kurtagegeld

Gewünschter Tagessatz: \_\_\_\_\_ €

Leistungsfragen – Kurtagegeld	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Geltungsbereich Kur</b> In welchem Geltungsbereich (europäisch und/ oder außereuropäisch) werden die Kurleistungen erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leistungsdauer Kur</b> In welchen Zeitabständen und für welche Dauer werden Kurleistungen erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorleistung Kur</b> Was wird geleistet, wenn andere Leistungsträger bereits Vorleistungen erbringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wartezeit Kur</b> Welche Wartezeiten sind zu erfüllen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Berufskrankheiten Kur</b> In welchem Umfang sind Berufsunfälle und Berufskrankheiten im Kurtarif mitversichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Genesungskur</b> Was erstattet der Tarif bei einer Genesungskur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kur sonstige</b> Was leistet der Tarif bei sonstigen Kuren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 8. Auslandsreisekrankenversicherung

Leistungsfragen – ARK	Grundschutz (C-Bereich)	Komfortschutz (B-Bereich)	Topschutz (A-Bereich)
<b>Geltungsbereich Europa</b> Wie lange besteht der Versicherungsschutz im europäischen Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Geltungsbereich außereuropäisch</b> Wie lange besteht der Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Auslandsrücktransport</b> Werden die Kosten für einen medizinisch angezeigten Auslandsrücktransport erstattet, und wenn ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>