

# Analysefragebogen Krankenversicherung

Allgemeine Daten, bitte korrekt und richtig ausfüllen:

<b>Beruf Hauptperson:</b>	<input type="text"/>	<b>Beruf Partner:</b>	<input type="text"/>
<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum:</b>	<input type="text"/>	<b>Straße:</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ:</b>	<input type="text"/>	<b>Ort:</b>	<input type="text"/>
<b>Tel. (privat):</b>	<input type="text"/>	<b>Tel. (geschäftlich):</b>	<input type="text"/>
<b>Fax:</b>	<input type="text"/>	<b>E-Mail:</b>	<input type="text"/>

**Zu versichernde Person(en):**

<b>Pers.Nr.</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Name:</b>	<b>Geb.Datum:</b>	<b>Selbständig:</b>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## Ist ein Vergleich mit einer anderen Gesellschaft gewünscht?

Pers.Nr.	Gesellschaft:	Tarifbezeichnung:	Monatsbeitrag:
1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

### Mir ist besonders wichtig:

- Gute Leistung    
  Niedrige Prämie    
  Hohe Zahnerstattung    
  Brille    
  Heilpraktiker    
  Beitragsstabilität
- Selbstbeteiligung:**    
  ohne    
  bis 400 €    
  bis 800 €    
  optimaler Betrag
- Krankenhaus:**    
  Ein-/Zweibettzimmer(mit Privatarzt)    
  Mehrbettzimmer(ohne Privatarzt)
- Zahnbehandlung/Ersatz:**    
  100 %    
  80 %    
  60 %

### Krankentagegeld (Lohnfortzahlung):

- Höhe pro Tag:
- ab 8. Tag    
  ab 15. Tag    
  ab 22. Tag    
  ab 43. Tag    
  ab 92. Tag    
  ab 183. Tag

### Krankenhaustagegeld:

Höhe pro Tag: