

Risikoanalyse für die private Krankentagegeldversicherung

Kunde/Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine private Krankentagegeldversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

Seit wann ? _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Falls nein: Bestand früher eine private Krankentagegeldversicherung?

nein

ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Krankentagegeldversicherung

Gewünschte Leistung ab dem _____ Tag

in Höhe von _____ €

alternativ zusätzlich

Gewünschte Leistung ab dem _____ Tag

in Höhe von _____ €

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Absicherung über das Nettoeinkommen hinaus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verzicht des Versicherers auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verbesserter Versicherungsschutz im Ausland | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leistungen auch während eines Kur- oder Sanatoriumsaufenthalts oder gesetzlichen Reha-Maßnahme | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leistungen auch bei teilweise Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leistungen während einer Entziehungskur | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leistungen bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leistungen bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Gesprächspartner und
weitere Anwesende _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler _____