

Risikoanalyse für die betriebliche Krankenzusatzversicherung

Firma/Interessent: _____

Allgemeine Angaben

Besteht oder bestand eine betriebliche Krankenversicherung?

nein ja, beim Versicherer: _____ unter der Vertragsnummer: _____

Seit wann? _____

gekündigt vom Versicherungsnehmer Versicherer zum: _____

Umfang der bestehenden Versicherung: _____

Besteht oder bestand hierzu eine Betriebsordnung? ja, vom _____ nein

Gewünschte Bausteine

Stationäre Zusatzversicherung

Zahnzusatzversicherung

Auslandsreisekrankenversicherung

Vorsorgeuntersuchungen / betriebliches Gesundheits-Management

Krankentagegeld Weitere Krankenzusatzversicherungen

Abschluss

Obligatorisch für alle Mitarbeiter fakultativ

Finanzierung

Arbeitgeber finanziert

Arbeitnehmer finanziert

Mischfinanzierung Anteil AG _____ % Anteil AN _____ %

Gesamtbudget für alle Mitarbeiter (bitte Anlage Mitarbeiterliste ausfüllen)

_____ € monatlich

netto inklusive Steuer / Sozialversicherungsbeiträge

Familienangehörige

Sollen Familienangehörige der Mitarbeiter mitversichert werden können?

Ja Nein

Baustein stationäre¹ Zusatzversicherung

Unterbringung im Einbettzimmer gewünscht (statt Zweibettzimmer) Ja Nein

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes

Um überproportionale Beitragssteigerungen für den Arbeitnehmer, insbesondere im Alter, zu vermeiden: Wünschen Sie einen Tarif, der Alterungsrückstellungen bildet?² Ja Nein

Der Tarif soll auch für stationäre Psychotherapie leisten? Ja Nein

Schutz auch für ambulante Operationen im Krankenhaus? Ja Nein

Vor- und nachstationäre Behandlung sollen mitversichert werden? Ja Nein

Erstattung auch über die Höchstsätze der GOÄ (Faktor 3,5) hinaus? Ja Nein

Mitversicherung von Komfortleistungen (besondere Verpflegung, Telefon, TV u. ä.)? Ja Nein

Einschluss eines Optionsrechts auf Wechsel in eine private Vollversicherung? Ja Nein

Mitversicherung eines Krankenhaustagegelds für etwaige entstehende Mehrkosten? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____ €

Kunde/n

Vorname / Name: _____

PLZ / Ort / Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:

Vermittler Vorname / Name: _____

Weitere Anwesende, Vorname / Name: _____

Beratungsort: _____

Unterschrift Gesprächspartner: _____

Unterschrift Vermittler: _____

¹ Auf die Regelungen zum Versicherungsschutz in gemischten Anstalten ist hinzuweisen. Es ist dem Kunden bei Unterbringung / Behandlung in einer so genannten gemischten Anstalt dringend anzuraten, vorab eine Kostenübernahmeerklärung des Versicherungsunternehmens einzuholen.

² Grundsätzlich werden bei betrieblichen Krankenversicherungen keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Baustein: Zahnzusatzversicherung³

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnersatz _____ %

Einschluss von Inlays⁴

Einschluss von Implantaten⁵

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnbehandlung _____ %

Gewünschte Erstattungshöhe bei Kieferorthopädie _____ %

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Einschluss von prophylaktischen Maßnahmen? Ja Nein

Erstattung auch über die Höchstsätze der GOZ (Faktor 3,5) hinaus? Ja Nein

Erstattung auch ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____ %

Kürzere Wartezeit als 8 Monate? Ja Nein

Hohe Erstattungsleistung bereits in den ersten Versicherungsjahren?⁶ Ja Nein

Kunde/n

Vorname / Name: _____

PLZ / Ort / Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:

Vermittler Vorname / Name: _____

Weitere Anwesende, Vorname / Name: _____

Beratungsort: _____

Unterschrift Gesprächspartner: _____

Unterschrift Vermittler: _____

³ Vor jedweder Maßnahme ist dem Kunden dringend anzuraten, einen Heil- und Kostenplan mit dem Versicherungsunternehmen abzustimmen

⁴ Auf etwaige Begrenzungen (Erstattungssatz je Inlays, Anzahl, Lage im Gebiss und Qualität) ist hinzuweisen. Hinweisen, ob Inlays unter Zahnersatz oder Zahnbehandlung fällt.

⁵ Auf etwaige Begrenzungen (Erstattungssatz je Implantat, Anzahl, Lage im Kiefer und Qualität) ist hinzuweisen

⁶ Auf Summenbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren ist hinzuweisen

Baustein: Auslandsreisekrankenversicherung

Maximale Reisedauer _____ Wochen
Schutz in Krisen- / Kriegsgebieten gewünscht? Ja Nein
Wünschen Sie die Mitversicherung von Bergungskosten? Ja Nein

Kunde/n

Vorname / Name: _____

PLZ / Ort / Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:

Vermittler Vorname / Name: _____

Weitere Anwesende, Vorname / Name: _____

Beratungsort: _____

Unterschrift Gesprächspartner: _____

Unterschrift Vermittler: _____

Baustein: Vorsorgeuntersuchungen / betriebliches Gesundheits-Management

Wünschen Sie Versicherungsschutz für ambulante Vorsorgeuntersuchungen? Ja Nein

Wünschen Sie Versicherungsschutz für Schutzimpfungen? Ja Nein

Wünschen Sie die Einführung eines betrieblichen Gesundheits-Managements?⁷ Ja Nein

Kunde/n

Vorname / Name: _____

PLZ / Ort / Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:

Vermittler Vorname / Name: _____

Weitere Anwesende, Vorname / Name: _____

Beratungsort: _____

Unterschrift Gesprächspartner: _____

Unterschrift Vermittler: _____

⁷ z.B. Präventionskurse

Baustein: Krankentagegeld

Gewünschte Leistung ab dem _____ Tag
In Höhe von _____ €

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

- Absicherung über das Nettoeinkommen hinaus? Ja Nein
- Verbesserter Versicherungsschutz im Ausland? Ja Nein
- Leistungen auch während eines Kur- oder Sanatoriumsaufenthalts
oder gesetzlichen Reha-Maßnahme? Ja Nein
- Leistungen auch bei teilweise Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein
- Leistungen während einer Entziehungskur? Ja Nein
- Leistungen bei Arbeitslosigkeit über MB/KT hinaus? Ja Nein
- Leistungen bei Berufsunfähigkeit über MB/KT hinaus? Ja Nein

Kunde/n

Vorname / Name: _____

PLZ / Ort / Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:

Vermittler Vorname / Name: _____

Weitere Anwesende, Vorname / Name: _____

Beratungsort: _____

Unterschrift Gesprächspartner: _____

Unterschrift Vermittler: _____

Baustein: Weitere Krankenzusatzversicherungen

Heilpraktikerleistungen

Gewünschte Erstattungshöhe von Heilpraktikerrechnungen in Prozent? _____ %

Gewünschte Erstattungshöhe von Heilpraktikerrechnungen in €? _____ €

Wünschen Sie eine der folgenden Erweiterungen des Versicherungsschutzes?

Erstattung von alternativen Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis? Ja Nein

Erstattung von alternativen Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis durch Ärzte? Ja Nein

Ambulante Zusatzversicherung⁸

Gewünschte Erstattung mit GKV-Vorleistung? _____ %

Gewünschte Erstattung ohne GKV-Vorleistung in Prozent? _____ %

Sonstige gewünschte Leistungen

Wünschen Sie Versicherungsschutz für Zuzahlungen im Krankenhaus? Ja Nein

Wünschen Sie Versicherungsschutz für Sehhilfen bis _____ Euro?⁹ Ja Nein

Wünschen Sie ergänzenden Versicherungsschutz für Heilmittel? Ja Nein

Wünschen Sie ergänzenden Versicherungsschutz für Hilfsmittel? Ja Nein

Kunde/n

Vorname / Name: _____

PLZ / Ort / Straße: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

⁸ Voraussetzung: Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde das Kostenerstattungsprinzip vom Mitarbeiter gewählt.

⁹ Auf unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Frage, wann ein erneuter Leistungsanspruch (Anzahl der Jahre, Änderung der Sehschärfe etc.) entsteht, in den Bedingungen ist zu achten.

Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:

Vermittler Vorname / Name: _____

Weitere Anwesende, Vorname / Name: _____

Beratungsort: _____

Unterschrift Gesprächspartner: _____

Unterschrift Vermittler: _____