

Beratungsprotokoll

Arbeitnehmerfinanzierte Betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Angaben zum Arbeitgeber

Name des Betriebes / Unternehmens

Rahmenvertragsnummer

Personengruppennummer

Angaben zum Antragsteller/Versicherungsnehmer

Anrede

Herr Frau

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

IBAN

Geldinstitut für den Bankeinzug

Titel

Akad. Grad

Geburtsdatum

PLZ, Ort

E-Mail

BIC

Zahlungsweise

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Angaben zu versichernde Person(en)

Persönliche Daten

Zu versichernde Person 1

Zu versichernde Person 2

Name, Vorname

Geburtsdatum/Geschlecht

 m w

 m w

Familienstand

Berufliche Tätigkeit

Kinder

 ja nein Anzahl Alter

 ja nein Anzahl Alter

Bundesland

Brutto/Netto-Jahreseinkommen ca.

 Brutto Netto

 Brutto Netto

Derzeitige Krankenversicherung

 GKV-Pflicht GKV freiwillig Privat

 GKV-Pflicht GKV freiwillig Privat

bei Gesellschaft

von / bis

 /
 /

Privat versichert

 Voll Zusatz

 Voll Zusatz

Besteht eine Versicherung auf

 KHT KTG Pflegezusatz

 KHT KTG Pflegezusatz

wenn, ja Art um Höhe

 €/Tag €/Tag
 €/Tag €/Tag

bei welcher Gesellschaft

Gesprächsanlass

Abschluss einer arbeitnehmerfinanzierten bKV

Gewünschter Beginn:

Kundenwünsche

	Zu versichernde Person 1		Zu versichernde Person 2	
Name, Vorname				
Freie Wahl des Arztes im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Zahnbehandlung, Zahnersatzleistungen (z.B. Inlays)	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Zahnprophylaxe	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Leistungen für Sehhilfen	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Naturheilverfahren und Osteopathie	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Gesundheitsfördernde Maßnahmen	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Sonstige Ziele	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

Gemäß Ihres Arbeitgebers stehen folgende Optionen zur Ergänzung Ihres GKV/PKV Schutzes zur Verfügung:

Arbeitnehmerfinanzierte bKV-Tarife

	Zu versichernde Person 1	Zu versichernde Person 2
Name, Vorname		
	<input type="checkbox"/> Budget 300 (270)	<input type="checkbox"/> Budget 300 (270)
	<input type="checkbox"/> Budget 600 (271)	<input type="checkbox"/> Budget 600 (271)
	<input type="checkbox"/> Budget 1.000 (273)	<input type="checkbox"/> Budget 1.000 (273)
	<input type="checkbox"/> Budget 1.500 (275)	<input type="checkbox"/> Budget 1.500 (275)
	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett (293)	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett (293)
	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett (292)	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett (292)
	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett AR (295)	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett AR (295)
	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett AR (294)	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett AR (294)
	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett AR (295) Anwartschaft	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett AR (295) Anwartschaft
	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett AR (294) Anwartschaft	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett AR (294) Anwartschaft

Begründung: Absicherung als Ergänzung zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung für die Leistungsbereiche (siehe Kundenwünsche)

Erteilter Rat (z. B. Tarifempfehlung)

siehe beigefügtes Angebot vom:

siehe beigefügte Unterlagen:

Entscheidung des Kunden

Kunde entscheidet gemäß erteiltem Rat. Kunde entscheidet sich – abweichend von dem erteiltem Rat – für:

Begründung, insbesondere bei Abweichungen von Zielen und Bedürfnissen des Kunden:

Weitere Beratungspunkte

Hinweis: Die Beratung ersetzt keine evtl. erforderliche Rechts- oder Steuerberatung.

Sonstiges

Name, Vorname aller Gesprächsteilnehmer beim Beratungsgespräch

Es besteht weiterer Gesprächsbedarf zur bKV. Ein Folgetermin wird für den wegen
 vereinbart.

Eine Beratung zu einem anderen Thema wird zum jetzigen Zeitpunkt gewünscht:

nein ja, zum Thema

Ein Exemplar dieses Protokolls habe ich erhalten Die Information über den Vermittler wurde ausgehändigt

Ich bin jederzeit widerruflich damit einverstanden, dass die Gesellschaften der Münchener Verein Versicherungsgruppe (Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Münchener Verein Lebensversicherung AG, Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG) einschließlich der Münchener Verein Assekuranz Vermittlungs-GmbH sowie deren Außendienstpartner mit mir wegen dieses Vertrages und in sonstigen Versicherungsangelegenheiten per Telefon, Fax oder E-Mail in Kontakt treten.

Beratungsort, Datum

Unterschrift Kunde

Vermittlerdaten

Vorname, Nachname

Vermittlernummer

Unterschrift Vermittler