Betriebliche Krankenversicherung Risikoanalyse

### Einleitende Hinweise für Vermittler

Unsere Risikoanalysebögen dienen der systematischen Erhebung der Risikoverhältnisse und der Klärung wichtiger Deckungseinschlüsse. Fragen zu Einschlüssen mit geringem Schadenpotential sind daher bewusst außen vor geblieben. Die Risikoanalysen sind eine erste Hilfestellung für den Vermittler, ersetzen aber nicht seine Entscheidung über die im Einzelfall notwendige individuelle, also kundenspezifische, Analyse und Bewertung des Risikos (siehe auch unten "Haftung").

**Erheben Sie zunächst die Kundenbasisdaten**

Der jeweilige Risikoanalysebogen setzt im Regelfall voraus, dass die **Kundenbasisdaten Betriebsversicherungen** (siehe separater Fragebogen auf der Webseite des Arbeitskreises) bereits erhoben worden sind. Die dort gewonnenen Informationen werden in den Risikoanalysebögen meist nicht nochmals abgefragt. Daher kann die alleinige Verwendung dieses Risikoanalysebogens zu einer unvollständigen Risikoanalyse führen.

**Datenschutzerklärung**

Da im Regelfall Dritte wie Pools oder (technische) Dienstleister in den Datenaustausch einbezogen werden, ist es besonders wichtig, die datenschutzrechtlichen Regelungen zu beachten. Der Arbeitskreis hat eine Datenschutzerklärung vorbereitet. Weitere Informationen dazu finden Sie auf der Webseite des Arbeitskreises (Seite Datenschutzerklärung).

**Die Handhabung**

Werden Formulare des Arbeitskreises ohne Änderungen eingesetzt, können sie mit dem Logo des Vermittlers und/oder dem des Arbeitskreises versehen werden. Das Logo des Arbeitskreises – und die Fußzeile – müssen entfernt werden, wenn Sie inhaltliche Änderungen vornehmen. Beachten Sie in dem Zusammenhang bitte auch auf der Webseite des Arbeitskreises die Seite Nutzungsgrundlagen.

**Ist eine Unterschrift erforderlich?**

Eine Unterschrift des Kunden/Beratenen unter der Risikoanalyse ist vom Gesetzgeber nicht gefordert. Aus Gründen der Beweisführung empfehlen wir dies jedoch.

**Haftung**

Der Arbeitskreis Beratungsprozesse übernimmt keine Haftung für Inhalt, Vollständigkeit oder auch die Wirkung der zur Verfügung gestellten Materialien.

**Mindeststandards**

Bitte beachten Sie, dass Mindeststandards beim Deckungsumfang als gegeben vorausgesetzt sind, die daher in der Regel nicht mehr erfragt werden müssen. Die Sublimits/Entschädigungsgrenzen sind ein Vorschlag des Arbeitskreises und können im Individualfall nicht ausreichend sein. Außerdem: **Sofern ein von Ihnen angebotenes Versicherungsprodukt diesen unterstellten Deckungsumfang unterschreitet, müssen Sie dies gesondert berücksichtigen.**

**Im Einzelnen lauten die Mindeststandards für die privaten Krankenzusatz-Versicherungen:**

* Die vom Versicherer verwendeten allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen in keinem einzigen Punkt Regelungen enthalten, die aus Verbrauchersicht ungünstiger sind als die vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) veröffentlichten Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009). Sofern derzeit noch Abweichungen vorhanden sind, garantiert der Versicherer, dass Schäden mindestens nach den vom PKV-Verband veröffentlichten Bedingungen reguliert werden. Im Falle von Abweichungen wird der Versicherer seine Vertragsbedingungen innerhalb eines Jahres mindestens auf den Deckungsumfang des Verbandsmodells umstellen. Abweichungen, die den Versicherungsumfang unberührt lassen, sind zulässig.
* Den versicherten Personen wird nach Ausscheiden aus dem Betrieb die Möglichkeit eingeräumt, den Vertrag mit gleichen Leistungen[[1]](#footnote-1) als Versicherungsnehmer fortzuführen.

**Mindeststandards in der stationären Zusatzversicherung**

* Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung. Bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
* Von der GKV nicht übernommene Restkosten durch die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses werden erstattet.
* Keine Leistungsbeschränkungen auf Unfälle oder bestimmte Erkrankungen / keine Ausschnittsdeckung.
* Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren gegenüber der versicherten Person.
* Ist bei Aufenthalten in gemischten Anstalten eine medizinische Notwendigkeit offenkundig, beispielsweise bei Notfällen, wird sich der Versicherer auf den Einwand einer fehlenden vorherigen Leistungszusage nicht berufen.

**Mindeststandards in der Zahnzusatzversicherung**

* Gesondertes Preis-/Leistungsverzeichnis darf nicht vorhanden sein.
* Keine Summenbegrenzungen bei Unfall.
* Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren gegenüber der versicherten Person.
* Leistungen grundsätzlich über dem Niveau der GKV-Regelversorgung.
* Veneers und Keramikverblendungen werden mindestens bis zum Fünferzahn erstattet.
* Summenstaffel: Mindestens 500 € im ersten Versicherungsjahr (sofern das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr entspricht, ist auch eine anteilige Erstattung zulässig), danach weitere 500 € kumuliert für jedes Versicherungsjahr. Spätestens nach 5 Jahren entfällt die Summenbegrenzung.
* Keine Leistungsbeschränkungen auf Unfälle oder bestimmte Erkrankungen / keine Ausschnittsdeckung

**Mindeststandards in der Auslandsreisekrankenversicherung**

* Anspruch auf Rücktransport besteht bereits, sobald eine stationäre Behandlung im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauert. Anspruch auf Rücktransport besteht, sobald dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.
* 10.000 € Mindestleistung bei Tod für Überführung oder Bestattung vor Ort.
* Keine Einschränkung der Leistungspflicht auf „akute“, „unvorhergesehene“ oder „nicht absehbare“ Erkrankungen.
* Kein genereller Ausschluss von psychischen Erkrankungen.
* Kein Ausschluss für Verletzungen bei sportlichen Aktivitäten.
* Erstattung auch für provisorischen Zahnersatz, nicht nur bei Unfall und ohne Bagatellgrenze.
* Erstattung von (leihweisen) Hilfsmitteln, die unfall- oder krankheitsbedingt verordnet werden.
* Keine Leistungseinschränkung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehl- und Frühgeburt.
* Kein genereller Ausschluss von Pandemien.

**Mindeststandards bei weiteren Krankenzusatzversicherungen**

* Keine Leistungsbeschränkungen auf Unfälle oder bestimmte Erkrankungen / keine Ausschnittsdeckung.
* Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren.

**Mindeststandards in der Krankentagegeldversicherung**

* Die vom Versicherer verwendeten allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen in keinem einzigen Punkt Regelungen enthalten, die aus Verbrauchersicht ungünstiger sind als die vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) veröffentlichten Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009). Sofern derzeit noch Abweichungen vorhanden sind, garantiert der Versicherer, dass Schäden mindestens nach den vom PKV-Verband veröffentlichten Bedingungen reguliert werden. Im Falle von Abweichungen wird der Versicherer seine Vertragsbedingungen innerhalb eines Jahres mindestens auf den Deckungsumfang des Verbandsmodells umstellen. Abweichungen, die den Versicherungsumfang unberührt lassen, sind zulässig.
* Rückfallerkrankungen: Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankungen werden bei der Berechnung der Karenzzeit zusammengerechnet.
* Der Versicherungsschutz kann vor Eintritt des Leistungsfalles ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten angepasst werden.
* Verkürzung der Karenzzeit bei Statuswechsel eines Arbeitnehmers ist ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten möglich.
* Verzicht auf Alkoholklausel.
* Leistungen bei ausschließlich schwangerschaftsbedingter Arbeitsunfähigkeit (Ausnahme: Während der Mutterschutzfristen).
* Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren.

## 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 stationäre[[2]](#footnote-2) 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?[[3]](#footnote-3) 🞏 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Baustein: Zahnzusatzversicherung[[4]](#footnote-4)**

Gewünschte Erstattungshöhe bei Zahnersatz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

 🞏 Einschluss von Inlays[[5]](#footnote-5)

 🞏 Einschluss von Implantaten[[6]](#footnote-6)

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?[[7]](#footnote-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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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?[[8]](#footnote-8) 🞏 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: 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 Zusatzversicherung[[9]](#footnote-9)**

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?[[10]](#footnote-10) 🞏 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben bei Vor-Ort-Terminen:**

Vermittler Vorname / Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Anwesende, Vorname / Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beratungsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Gesprächspartner: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Vermittler: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Die Versicherungsprämien können nach Ausscheiden aus der Firma steigen. Beispielsweise weil die Sonderbedingungen eines Rahmen-/Gruppenversicherungsvertrages entfallen oder auf einen Tarif mit Alterungsrückstellungen, sofern nicht vereinbart, umgestellt werden muss. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Grundsätzlich werden bei betrieblichen Krankenversicherungen keine Alterungsrückstellungen gebildet. [↑](#footnote-ref-3)
4. Vor jedweder Maßnahme ist dem Kunden dringend anzuraten, einen Heil- und Kostenplan mit dem Versicherungsunternehmen abzustimmen [↑](#footnote-ref-4)
5. Auf etwaige Begrenzungen (Erstattungssatz je Inlays, Anzahl, Lage im Gebiss und Qualität) ist hinzuweisen. Hinweisen, ob Inlays unter Zahnersatz oder Zahnbehandlung fällt. [↑](#footnote-ref-5)
6. Auf etwaige Begrenzungen (Erstattungssatz je Implantat, Anzahl, Lage im Kiefer und Qualität) ist hinzuweisen [↑](#footnote-ref-6)
7. Auf Summenbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren ist hinzuweisen [↑](#footnote-ref-7)
8. z.B. Präventionskurse [↑](#footnote-ref-8)
9. Voraussetzung: Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde das Kostenerstattungsprinzip vom Mitarbeiter gewählt. [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)