

Beratungsprotokoll

Arbeitgeberfinanzierte Betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Allgemeine Angaben zum Arbeitgeber

Name des Betriebes / Unternehmens	Ansprechpartner						
<input type="text"/>							
Straße, Hausnummer	Funktion des Ansprechpartners						
<input type="text"/>							
PLZ	Ort	E-Mail des Ansprechpartners					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Branche (Gegenstand des Geschäftsbetriebes)					Telefon		
<input type="text"/>					<input type="text"/>		
Rechtsform	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> KGaA	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> GbR	<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> GmbH & Co. KG	<input type="checkbox"/> OHG
	<input type="checkbox"/> Einzelfirma/Selbstständiger		<input type="checkbox"/> Sonstiges				
Gründungsdatum der Firma	Handwerksbetrieb				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im Versorgungswerk				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wird beantragt	
Steuerberater der Firma	ja, Name Versorgungswerk:				<input type="text"/>		
Anzahl Mitarbeitende im Betrieb gesamt	Anzahl zu versichernde Personen im Betrieb				<input type="text"/>		
Betriebsrat	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> Wenn ja, Name des Betriebsratsvorsitzenden				
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="text"/>				

Gesprächsanlass

<input type="checkbox"/> Einrichtung einer arbeitgeberfinanzierten bKV	Gewünschter Beginn: 01. <input type="text"/>
--	--

Kundenwünsche

- Freie Wahl des Arztes im Krankenhaus
- Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus
- Zahnbehandlung, Zahnersatzleistungen
- Zahn-Prophylaxe
- Leistungen für Sehhilfen
- Naturheilverfahren und Osteopathie
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten

Sonstige Ziele

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Arbeitgeberfinanzierte bKV - Tarife

Sollen nicht alle Mitarbeitenden abgesichert werden, können Personengruppen mit jeweils einheitlichem Versicherungsschutz je Personengruppe gebildet werden. Die Abgrenzung der Personengruppen muss nach objektiven Kriterien erfolgen, d.h. sie müssen dem allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz entsprechen (Bsp. Führungskräfte, Mitarbeitende nach Beendigung der Probezeit).

Personengruppe 1	Personengruppe 2	Personengruppe 3
Bezeichnung	Bezeichnung	Bezeichnung
Anzahl Mitarbeitende in Personengruppe 1 gesamt	Anzahl Mitarbeitende in Personengruppe 2 gesamt	Anzahl Mitarbeitende in Personengruppe 3 gesamt
Anzahl der daraus zu versichernden Personen	Anzahl der daraus zu versichernden Personen	Anzahl der daraus zu versichernden Personen
<input type="checkbox"/> Budget 300 (260)	<input type="checkbox"/> Budget 300 (260)	<input type="checkbox"/> Budget 300 (260)
<input type="checkbox"/> Budget 600 (261)	<input type="checkbox"/> Budget 600 (261)	<input type="checkbox"/> Budget 600 (261)
<input type="checkbox"/> Budget 1.000 (263)	<input type="checkbox"/> Budget 1.000 (263)	<input type="checkbox"/> Budget 1.000 (263)
<input type="checkbox"/> Budget 1.500 (265)	<input type="checkbox"/> Budget 1.500 (265)	<input type="checkbox"/> Budget 1.500 (265)
<input type="checkbox"/> Start (251)	<input type="checkbox"/> Start (251)	<input type="checkbox"/> Start (251)
<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett (291)	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett (291)	<input type="checkbox"/> Klinik 1-Bett (291)
<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett (290)	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett (290)	<input type="checkbox"/> Klinik 2-Bett (290)
<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung „H“ (während entgeltfreier Zeiten)	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung „H“ (während entgeltfreier Zeiten)	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung „H“ (während entgeltfreier Zeiten)

Begründung: Absicherung der Mitarbeiter als Ergänzung zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (siehe oben Kundenwünsche)

Weitere Beratungspunkte

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

Erteilter Rat

<input type="checkbox"/> siehe beigefügtes Angebot vom:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> siehe beigefügte Unterlagen:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Betriebsordnung / Versorgungsordnung	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht

Entscheidung des Arbeitgebers

<input type="checkbox"/> Arbeitgeber entscheidet sich gemäß dem erteilten Rat.	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber entscheidet sich - abweichend vom erteilten Rat - für:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung, insbesondere bei Abweichungen von Wünschen und Zielen des Arbeitgebers:

Sonstiges

Name, Vorname aller Gesprächsteilnehmer beim Beratungsgespräch

[Redacted]

Es besteht weiterer Gesprächsbedarf zur bKV. Ein Foletermin wird für den

[Redacted] wegen

wegen

vereinbart.

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

nein ja, zum Thema [Redacted]

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 [Redacted]

Vermittlernummer [Redacted]

Unterschrift Vermittler