

Analysebogen zur Angebotsabgabe

- Gruppenversicherung für Impatriates nach Tarif BD (im Rahmen eines Expat-Gruppenvertrages) -

Interessent/Firma

Name: _____ Branche: _____

Straße: _____ Ansprechpartner: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon/Email: _____

Vermittler

Name: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon/Email: _____

Die folgenden Angaben ermöglichen uns ein exakt auf Ihren Bedarf gerichtetes Angebot abzugeben, und dadurch die angebotenen Konditionen möglichst langfristig gewähren zu können. Dies ist umso mehr der Fall, je präziser die Fragen beantwortet werden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

1. Wie viele ausländische Mitarbeiter mit befristetem Aufenthaltstitel für Deutschland sollen versichert werden?

Anzahl der Personen _____

2. Soll der Versicherungsschutz auch für Ehegatten und Kinder gelten? ja nein

3. Gesundheitsfragen sollen

nicht beantwortet werden; Vorerkrankungen sind gegen einen pauschalen Beitragszuschlag ohne Einschränkungen mitversichert.

Sind zu dem zu versichernden Personenkreis derzeit erhöhte Risiken (z. B. künstliche Befruchtungen) oder kostenintensive Erkrankungen bekannt?

nein ja

nicht beantwortet werden; Vorerkrankungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

beantwortet werden; Vorerkrankungen können zu individuellen Beitragszuschlägen oder Leistungsausschlüssen führen.

in vereinfachter Form beantwortet werden (4 Fragen). Nur wenn eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet wird, sind weitere Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen erforderlich.

4. Wie stellt sich die Altersstruktur dar (Anzahl nach Alter und Geschlecht)?

Alter	0-16	17-29	30-49	50-65	> 65
Männer					
Frauen					

5. Wie sieht die geografische Verteilung nach Herkunftsländern aus?

Herkunftsländer	Personenzahl bzw. Anteil in %	Weitere Herkunftsländer	Personenzahl bzw. Anteil in %

6. Fragen zum derzeitigen Versicherer

6.1 Bei welchem Versicherer besteht/bestand eine vergleichbare Versicherung? _____

6.2 Seit wann besteht/bestand der Versicherungsschutz? _____

6.3 Ist/War der Versicherungsschutz beim Vorversicherer befristet? ja nein

6.4 Ist/war eine Gesundheitsprüfung vereinbart?

Ja Nein, Vorerkrankungen ausgeschlossen Nein, Vorerkrankungen eingeschlossen

6.5 Derzeitige monatliche Versicherungsprämien (Bitte Tarifdruckstücke beilegen):

Männer	€
Frauen	€
Kinder	€

6.6 Ist eine Beitragsanpassung geplant? ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang? _____ %

Wenn nein, wann fand die letzte Beitragsanpassung statt _____ (Jahr) und in welchem Umfang _____ (in %)?

6.7 Welche Leistungen sind/waren vereinbart?

Im Krankenhaus Einbettzimmer Zweibettzimmer

Zahnbehandlung _____ % Kieferorthopädie _____ % Zahnersatz _____ % Höchstgrenze _____ €

Selbstbehalt ambulant _____ € stationär _____ € Zahn _____ €

6.8 Sofern vorhanden, geben Sie an, in welcher Höhe in den letzten 3 Jahren Leistungen angefallen sind.

Jahr			
Leistungen	€	€	€
Anzahl der versicherten Personen			

Datum

Stempel/Unterschrift