

# Analysebogen zur Angebotsabgabe

- Gruppenversicherung für Expatriates nach den Tarifen EK. und ELA. (arbeitgeberzuschussfähig) -

Interessent/Firma

Name: \_\_\_\_\_ Branche: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

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. Für welchen Bedarf wird Versicherungsschutz benötigt?

1.1 Dienstreisen mit einer Einzelreisedauer von bis zu 91 Tagen

Anzahl der Reisetage pro Jahr \_\_\_\_\_ Tage

Falls mehr als 10.000 Reisetage jährlich, Anteil USA/Kanada \_\_\_\_\_ Tage

1.2 Reisen über 91 Tage für Entsendungen ins Ausland

Anzahl der Personen (Vollversicherung) \_\_\_\_\_

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

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

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

4. 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

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

5. Wie sieht die geografische Verteilung aus (nach Aufenthaltsländern)?

Aufenthaltsländer	Personenzahl bzw. Anteil in %	Weitere Aufenthaltsländer	Personenzahl bzw. Anteil in %
Schweiz			
USA			
Kanada			
Hongkong			

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 eine Gesundheitsprüfung vereinbart?

Ja            Nein, Vorerkrankungen ausgeschlossen            Nein, Vorerkrankungen eingeschlossen

6.4 Derzeitige monatliche Versicherungsprämien (bitte Tarifdruckstücke beilegen):

Männer	€
Frauen	€
Kinder	€

6.5 Welche Leistungen sind/waren vereinbart?

Im Krankenhaus            Einbettzimmer            Zweibettzimmer

Zahnbehandlung \_\_\_\_\_ % Kieferorthopädie \_\_\_\_\_ % Zahnersatz \_\_\_\_\_ % Höchstgrenze \_\_\_\_\_ %

Selbstbehalt    ambulant \_\_\_\_\_ €    stationär \_\_\_\_\_ €    Zahn \_\_\_\_\_ €

6.6 In welcher Höhe sind in den letzten 3 Jahren Leistungen angefallen?

Jahr			
Leistungen	€	€	€
Anzahl der versicherten Personen			

6.7 Wird sich die geografische Verteilung hinsichtlich der Aufenthaltsländer – insbesondere USA – gegenüber dem bisherigen Versicherungsschutz ändern?

nein

ja, wie folgt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift