

Beratungsprotokoll

Arbeitgeberfinanzierte Betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Allgemeine Angaben zum Arbeitgeber

Name des Betriebes / Unternehmens

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Branche (Gegenstand des Geschäftsbetriebes)

Rechtsform

GmbH

KGaA

KG

Einzelfirma/Selbstständiger

Gründungsdatum der Firma

Steuerberater der Firma

Anzahl Mitarbeitende im Betrieb gesamt

Betriebsrat

ja

nein

Ansprechpartner

Funktion des Ansprechpartners

E-Mail des Ansprechpartners

Telefon

GbR

AG

GmbH & Co. KG

OHG

Sonstiges

Handwerksbetrieb

ja

nein

Mitgliedschaft im Versorgungswerk

ja

wird beantragt

ja, Name Versorgungswerk:

Anzahl zu versichernde Personen im Betrieb

Wenn ja, Name des Betriebsratsvorsitzenden

Gesprächsanlass

Einrichtung einer arbeitgeberfinanzierten bKV

Gewünschter Beginn:

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

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 <input type="text"/>	Bezeichnung <input type="text"/>	Bezeichnung <input type="text"/>
Anzahl Mitarbeitende in Personengruppe 1 gesamt <input type="text"/>	Anzahl Mitarbeitende in Personengruppe 2 gesamt <input type="text"/>	Anzahl Mitarbeitende in Personengruppe 3 gesamt <input type="text"/>
Anzahl der daraus zu versichernden Personen <input type="text"/>	Anzahl der daraus zu versichernden Personen <input type="text"/>	Anzahl der daraus zu versichernden Personen <input type="text"/>
<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

siehe beigefügtes Angebot vom:

siehe beigefügte Unterlagen:

Entscheidung des Arbeitgebers

Arbeitgeber entscheidet sich gemäß dem erteilten Rat. Arbeitgeber entscheidet sich - abweichend vom erteilten Rat - für:

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

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