

Firmenkonzept DHBÜ als Direktversicherung – individuelles Underwriting

Nachfolgende Informationen dienen als Grundlage zur Vorprüfung einer gewünschten Absicherung im Rahmen des DHBÜ-Firmenkonzepts ab 10 Personen mit vereinfachter Risikoprüfung. Bitte stellen Sie die Informationen möglichst vollständig zur Verfügung.

Vertragspartner

Name der Firma _____

Adresse PLZ _____ Ort _____

 Straße _____ Nr. _____

Branche _____

Gewünschter Versicherungsumfang

Tarif(e) DHBÜ DHBÜ aktiv

Beteiligungsquote / erwartete Anzahl VP _____ % / _____ VP

Versorgungskonzept bAV im Durchführungsweg Direktversicherung

Finanzierungsart bei bAV Arbeitgeberanteil \geq 50 %

Berufsgruppe Individuelle Berufsgruppe gemäß beruflicher Angaben im DHBÜ-Antrag bzw. Tätigkeitsbereich

Der im Versicherungsantrag genannte Beitrag setzt sich wie folgt zusammen:

Arbeitnehmerfinanzierter Beitragsteil: _____ Euro

Arbeitgeberfinanzierter Beitragsteil: _____ Euro

Versicherte Berufsunfähigkeit Gruppe: **A** **B** **C**

Monatlicher Beitrag in Höhe von (empfohlen) _____ Euro _____ Euro _____ Euro

Monatliche garantierte Rente in Höhe von _____ Euro _____ Euro _____ Euro

DO-Variante

bAV: Arbeitgebererklärung ¹ Dienstobliegenheitserklärung ²

Versicherungs- und Leistungsdauer bis Alter _____ Jahre

Information zur Firma / Belegschaft

Anzahl der Mitarbeiter _____ Durchschnittsalter _____

Entwicklung der Anzahl Mitarbeiter in den letzten 3 Jahren (in % p. a. mit Jahresangabe)

Fluktuationsquote in den letzten 3 Jahren (in % p. a. mit Jahresangabe)

¹ Hinweis: Kann keine Arbeitgebererklärung abgegeben werden, weiter mit Dienstobliegenheitserklärung. (Formular 200 00 21)

² Sofern der Arbeitnehmer noch keine 2 Jahre im Unternehmen ist, wird zusätzlich die Arbeitnehmer-DOE (Formular 20000 29) benötigt.

Kann weder eine Arbeitgeber- noch Arbeitnehmer-DOE abgegeben werden, sind die Gesundheits- und Risikofragen eines normalen BU-Antrags zu beantworten (Formular 200 00 21)

Sind Standortschließungen / Entlassungen geplant? Ja Nein

Wie lange besteht das Unternehmen? _____

Geschäftsentwicklung i.d. letzten 3 Jahren (Gewinn / Verlust in Euro)

Tätigkeitsbeschreibung:

Gruppe A: _____

Gruppe B: _____

Gruppe C: _____

Informationen zum Gesundheitsmanagement in der Firma

Gibt es eine Einstellungsuntersuchung beim Neueintritt in die Firma? Ja Nein

Krankenquote in den letzten 3 Jahren (in % p.a. mit Jahresangabe)

Existiert ein Wiedereingliederungsmanagement für Mitarbeiter mit langandauernder Erkrankung?

Ja – Wenn ja: Anzahl der erfolgreichen Wiedereingliederungen in den letzten 3 Jahren _____

Nein

Anzahl ausgeschiedener Mitarbeiter aufgrund Invalidität / Erwerbsminderung in den letzten 3 Jahren? _____

Sind aktuell alle Arbeitnehmer der **Gruppe A** arbeitsfähig?

Ja

Nein – Wenn nein: Anzahl der aktuell arbeitsunfähigen Arbeitnehmern (Gruppe A): _____

Sind aktuell alle Arbeitnehmer der **Gruppe B** arbeitsfähig?

Ja

Nein – Wenn nein: Anzahl der aktuell arbeitsunfähigen Arbeitnehmern (Gruppe B): _____

Sind aktuell alle Arbeitnehmer der **Gruppe C** arbeitsfähig?

Ja

Nein – Wenn nein: Anzahl der aktuell arbeitsunfähigen Arbeitnehmern (Gruppe C): _____

Arbeitsrechtliche Begleitung

Versorgungsordnung vom _____ bereits umgesetzt wird noch umgesetzt

Ergänzende Information / Hintergründe zur Versorgung / Vertragsbeziehung

Vermittler

Vermittlernummer