

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Mitarbeiter	
Wie viele Mitarbeiter haben Sie	<input type="text"/>
Wie viele Mitarbeiter möchten Sie davon versichern?	<input type="text"/>
Sollen alle Mitarbeiter einheitlich versichert werden, oder sollen verschiedene Gruppen gebildet werden	<input type="checkbox"/> einheitlich <input type="checkbox"/> folgende Gruppen bilden: <input type="text"/>
In welchen Bereichen ist Ihre Firma tätig?	<input type="text"/>
Sollen die Beiträge von Ihnen oder von Ihren Mitarbeitern finanziert werden?	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Firma
Kann für den evtl. von den Mitarbeitern finanzierten Teil ein Sammelinkasso über die Firma erfolgen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind alle Mitarbeiter die Sie versichern möchten in der gesetzlichen Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche Beitragshöhen sollen eingehalten werden?	<input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="text"/> € p.P. mtl. <input type="checkbox"/> maximal <input type="text"/> € p.P. mtl.
Wie viele Mitarbeiter sollen aus der Altersgruppe versichert werden?	bis 20 Jahre <input type="text"/> von 21 bis 39 Jahre <input type="text"/> von 40 bis 59 Jahre <input type="text"/> von 60 bis 65 Jahre <input type="text"/> ab 65 Jahre <input type="text"/>
2. Welche Bereiche möchten Sie für Ihre Mitarbeiter absichern?	
Leistungen für stationäre Krankenhausleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Leistungen für Zahnersatz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leistungen alternative Heilmethoden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leistungen für Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leistungen für Sehhilfen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krankentagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflegetagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kurtagegeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Auslandsreisekrankenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
4. Risikorelevante Fragen und Belehrung	Die Fragen bilden die Basis der Beratung. Unvollständige und unrichtige Angaben lassen nur eine eingeschränkte Analyse zu. Bitte informieren Sie uns daher unbedingt, wenn sich Änderungen ergeben, damit Ihr Versicherungsschutz überprüft und gfls. angepasst werden kann.
_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	_____ Datum, Unterschrift des Kunden
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev. 002 vom 12.08.2015	