

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. Gruppenunfallversicherung ohne Namensnennung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.1. Wieviele sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sind im Unternehmen tätig?	<input type="text"/> Beschäftigte
1.2. Sollen alle mit den gleichen Versicherungssummen / Beitragsaufwand versichert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn nein , nähere Aufteilung und Beschreibung <input type="text"/>
1.3. Aufteilung nach Gefahrengruppen : A = Frauen, kaufmännisch tätige Männer B = handwerklich tätige Männer	<input type="text"/> % Gef.Gruppe A <input type="text"/> % Gef.Gruppe B
1.4. Sollen auch nicht sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mitversichert gelten? - z. B. Inhaber, Geschäftsführer, mitarbeitende Familienangehörige, freie Mitarbeiter -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , nähere Angaben <input type="text"/>
2. Gruppenunfallversicherung mit Namensnennung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.1. Name, Vorname, Geburtsdatum und Gefahrengruppe der zu versichernden Personen	<input type="checkbox"/> gemäß sep. Liste <input type="text"/>
3. Versicherungsumfang	
3.1. Soll der Arbeitnehmer einen Direktanspruch an den Versicherer haben? Falls der Arbeitnehmer keinen Direktanspruch an den Versicherer haben soll, bedarf der Abschluss der Versicherung der Zustimmung des Arbeitnehmers!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Risikoerfassung Gruppenunfallversicherung / Seite 2/3

<p>3.2. Soll ein durchschnittlicher Beitrag von 92,23 € jährlich inkl. VSt aufgewandt pro Beschäftigten aufgewandt werden?</p> <p>In der Regel</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist der Gesamtaufwand dann sozialversicherungsfrei • sind 77,50 € pauschal zu versteuern mit 20 % zuzgl. Soli/KiSt • sind 18,45 € steuerfrei (Dienstreisepauschale) • sind Leistungen an Arbeitnehmer für diesen steuer- und sozialversicherungsfrei <p>Bitte halten Sie bezüglich der steuerlichen Behandlung Rücksprache mit Ihrem steuerlichen Berater!</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, welcher Beitrag soll aufgewandt werden?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<h3>4. Leistungen</h3>	
<p>4.1. Werden übliche Summenverhältnis und Leistungsarten gewünscht, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50.000 € Invalidität bei mittlerer Progression • 25.000 € Unfalltod • 10 € Unfallkrankenhaustagegeld mit Genesungsgeld 	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, welche Summen / Leistungen werden gewünscht?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.2. Soweit verschiedene Summenkombinationen gewünscht werden, sollen diese wie folgt festgelegt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung 5-fach (namentlich benannt) • ltd. Mitarbeiter 3-fach (namentlich benannt) • sonstige Beschäftigte 1-fach (alle sonstigen Beschäftigten unbenannt) 	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, welche Summenkombinationen sollen gelten?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>
<p>4.3. Soll der Versicherungsschutz für private und berufliche Unfälle gelten?</p> <p>- 24 Stunden-Deckung-</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, nähere Beschreibung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.4. Sollen die Versicherungsprodukte ein ausgeglichenes Preis-/Leistungsverhältnis haben?</p> <p>Bei gleichem Beitragsansatz ergeben sich bei Standardbedingungen höhere Versicherungssummen bei eingeschränktem Versicherungsschutz; bei Topbedingungen niedrigere Versicherungssummen bei weitergehendem Versicherungsschutz.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn nein, nähere Beschreibung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.5. Werden besondere Deckungsinhalte gewünscht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, nähere Beschreibung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

<p>4.6. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Gesellschaft <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Vers.Nr <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Ablauf <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Versicherer</p>
<p>4.7. Anzahl und Höhe der Vorschäden in den letzten 3 Jahren</p>	<p><input type="checkbox"/> keine</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
<p>4.8. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart</p>	<p><input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift</p> <p><input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich</p>
<p>5. Sonstige Hinweise, Bemerkungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>6. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Wird die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> </div>
<p>_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers</p>	<p>_____ Datum, Unterschrift des Kunden</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Uhrzeit: Von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>Rev002 vom 06.05.2015</p>	