Checkliste betriebliche Krankenversicherung

Gothaer

(Bitte vollständig ausfüllen und zurück an GVU senden.)

>> Drucken | >> neue Eingabe | >> Versenden

1. Vertragspartner/Interessent

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche

Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner im Unternehmen

Geschäftsführer

E-Mail

Telefon

Gibt es Konzerngesellschaften/verbundene Unternehmen (z. B. Tochterfirmen), die mitversichert werden sollen?

☐ nein ☐ ja

Vertragliche Regelungen: (Bitte verwenden Sie für die Auflistung der verbundenen Unternehmen das Beiblatt)

☐ Soll das verbundene Unternehmen mit eigenständiger Kollektivvertragsnummer als unselbständige Verwaltungseinheit unter dem Versicherungsnehmer und dessen Anschrift geführt werden?

☐ Soll das verbundene Unternehmen dem Kollektivvertrag als hauptversichertes Unternehmen mit eigenständiger Firmenadresse beitreten?

2. Vertragsrelevante Daten Arbeitgeberfinanzierung

Vertragsbeginn und Vertragsart 0 1.

Zahlung bei AG-Finanz. ☐ SEPA-Lastschriftmandat ☐ Rechnung

Zahlweise ☐ jährlich (4 % Nachlass) ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/4-jährlich ☐ monatlich

Bei Nutzung der Freigrenze von 50 EUR empfehlen wir eine monatliche Zahlweise, da ansonsten der bKV-Beitrag ggf. nicht als Sachlohn anerkannt wird.

Beitragsrechnung

Wie soll die Beitragsrechnung zugestellt werden?

☐ per Postversand an den VN ☐ per E-Mail an:

Tarife

Ambulant	☐ MediGroupAG A					
Vorsorge	☐ MediGroupAG V Basis	☐ MediGroupAG V Premium				
Stationär	☐ MediGroupAG S 1	☐ MediGroupAG S 2	☐ MediGroupAG S U			
Zahn	☐ MediGroupAG Z Basis	☐ MediGroupAG Z	☐ MediGroupAG Z Premium			
	☐ MediGroupAG ZB Basis	☐ MediGroupAG ZB				
Budget	MediGroupAG FlexSelect	☐ 300	☐ 500	☐ 750		
	MediGroupAG FlexSelect Premium	☐ 300	☐ 500	☐ 750	☐ 1.000	☐ 1.250
	MediGroupAG FlexSelect XL	☐ 300	☐ 500	☐ 750	☐ 1.000	☐ 1.500

Beitragsfreie Zeiten Beitragsbefreiung kann nur für alle versicherten Personen beantragt werden.
Beitragsfreie Zeiten gegen einen Mehrbeitrag von 5 % gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Vorversicherung

Bestand oder besteht eine betriebliche Krankenversicherung?

☐ nein ☐ ja, bei welchem Versicherungsunternehmen:

Welches Leistungssegment? ☐ Ambulant ☐ Vorsorge ☐ Stationär ☐ Zahn ☐ Budget ☐ Stationär nach Unfall

Tarif mit Alterungsrückstellungen

Pflege ☐ MediGroup PG* Tagessatz: _____

Verdienstausfall ☐ TG6* Tagessatz: _____

* Beitragsbefreiung für diese Tarife nicht möglich.

Zu versichernder Personenkreis

Wie viele Mitarbeiter hat der _____ Vertragspartner _____ Verbundenes Unternehmen

Welche Personengruppen sollen versichert werden?

	Anzahl		Anzahl
☐ alle Arbeitnehmer	_____	☐ gewerbliche Mitarbeiter	_____
☐ nur Arbeitnehmer außerhalb der Probezeit	_____	☐ kaufmännische Mitarbeiter	_____
(Probezeit beträgt _____ Monate)		☐ Auszubildende	_____
☐ Geschäftsleitung/gesetzliche Vertreter	_____	☐ Beschäftigte auf geringfügiger Basis (556 Euro)	_____
☐ Führungskräfte (bitte genau bezeichnen)		☐ Sonstige _____	_____
_____	_____	_____	_____

Zählen Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, zum versicherungsfähigen Personenkreis?

☐ nein ☐ ja, Anzahl _____

Familienangehörige, die nicht zum versicherungsfähigen Personenkreis zählen, sind nicht im Rahmen einer Arbeitgeberfinanzierung versicherbar.

---

3. Kommunikation der Versicherungsunterlagen

Kommunikation

Bitte machen Sie hier genaue Angaben zu den vertraglichen Korrespondenzen **bei einer Arbeitgeberfinanzierung.**
Über wen soll die Kommunikation erfolgen?

	Vertragspartner	**Vermittler**
Versand der **Erstpolice(n) für Versicherungsnehmer (Vertragspartner)** an:	☐	☐
Versand der **Folgepolice(n) für Versicherungsnehmer (Vertragspartner)** an:	☐	☐

Mitarbeiter

Der Versand der Versicherungsbestätigungen erfolgt direkt an die versicherten Personen.

Findet eine Mitarbeiterveranstaltung statt? ☐ nein ☐ ja _____ (Termin: TT.MM.JJJJ)

Versicherungsbestätigungen an die Mitarbeiter werden erst nach der Mitarbeiterveranstaltung versendet.

---

4. Services und Leistungen rund um die arbeitgeberfinanzierte bKV

Bei Abschluss von Budgettarifen können Sie zwischen dem Starter-Kit 2.0 (klassisch, haptisch) oder einem digitalen Starter-Kit wählen.

☐ **Starter-Kit 2.0 (Punkt 4.1)** **oder** ☐ **digitales Starter-Kit (Punkt 4.2)**

4.1 Starter-Kit 2.0

Wem soll das Starter-Kit 2.0 zur Verfügung gestellt werden?

☐ Mitarbeiter inkl. Versicherungsbestätigung

☐ Vertragspartner _____ (Ansprechpartner z. H. v.)

☐ Vermittler (Punkt 6)

Als Highlight für besondere Firmenanlässe bieten wir bereits ab 20 versicherten Personen das personalisierte (Logo des Vertragspartners, anlassbezogene Ansprache, Ansprechpartner) Starter-Kit 2.0 an.

Wählen Sie einen Anlass aus:

☐ Ihr Geschenk ☐ Ihr Jubiläumsgeschenk ☐ Ihr Weihnachtsgeschenk ☐ Ihr Dankeschön

Wem soll das Starter-Kit 2.0 personalisiert zur Verfügung gestellt werden?

☐ Vertragspartner _____ (Ansprechpartner z. H. v.)

☐ Vermittler (Punkt 6)

Für nachgemeldete Mitarbeiter wird das Starter-Kit 2.0 (nicht personalisiert) automatisiert mit der Versicherungsbestätigung an den jeweiligen Mitarbeiter gesandt.

Wählbar für Kollektivverträge, in denen ausschließlich ein Budgettarif vereinbart wird!

4.2 Digitales Starter-Kit

Alternativ bieten wir ein digitales Informationspaket für die versicherten Personen in Form eines Wallets an, welches wir als personalisierten QR-Code zum Download innerhalb der Versicherungsbestätigung neben der Tarifkurzbeschreibung automatisch kommunizieren.
Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen stehen im digitalen Starter-Kit als Download bereit. Daher ist das digitale Starter-Kit bei Tarifkombinationen nicht möglich.

Wer soll als Ansprechpartner im digitalen Starter-Kit erscheinen?

☐ Vermittler (Punkt 6)

Individuelle Push-Nachricht an Ihre Kunden

Sie können optional noch eine individuelle Push-Nachricht erstellen lassen. Diese integrieren wir in die vorgefertigte Push-Journey.
Bitte nennen Sie uns mit einem Vorlauf von 3 Werktagen

Beispiele:

- Weihnachtsgrüße
- Eine Veranstaltung, wo Sie beim Unternehmen vor Ort sind
- Frohes Neues Jahr
- Etc.

Wann soll die Push-Nachricht versendet werden?

_____ _____
Datum für den Versand (TT.MM.JJJJ) Uhrzeit (00:00 Uhr)

Ihre Push-Nachricht an die versicherten Personen:

Bitte max. 30 Wörter verwenden.

Max. 30 Wörter

4.3 Gesundheitsapp

Soll in der Gesundheitsapp das Logo des Arbeitgebers erscheinen?

☐ nein

☐ ja Bitte senden Sie uns **2 Logo-Formate zu:** ☐ JPEG-Format 1.000 x 1.000 px ☐ JPEG-Format 1.500 x 1.000 px

Hinweis: Das Logo in der Gesundheitsapp erscheint erst ab dem Versicherungsbeginn.

Nur für Stationärtarife

4.4 ClinicCard

Soll im Leistungsbereich stationär (außer: MediGroupAG S U / MediGroup S U) innerhalb der ClinicCard auch das Logo des Vertragspartners eingedruckt werden?

☐ nein

☐ ja Bitte laden Sie unter folgendem Link das Firmenlogo für die ClinicCard hoch: **https://check.gothaer.de/s/kollektivLogo**

5. Vertragsrelevante Daten Arbeitnehmerfinanzierung

Vertragsbeginn und Vertragsart **0 1.** _____ ☐ analog Arbeitgeberfinanzierung

---

Tarife

Alle Zusatztarife der GKR	☐ ja	☐ nein
Selektive Tarifauswahl	☐ ja	☐ nein
_____		
_____		
Vereinfachte Gesundheitsprüfung bei Mitarbeitern (50 Mitarbeiter je Tarif erforderlich)	☐ ja	☐ nein
„Ohne weitere Gesundheitsprüfung“ für Familienangehörige, gilt nicht für Tarife mit Alterungsrückstellung und nur bei bestehender Arbeitgeberfinanzierung.	☐ ja	☐ nein

---

Zu versichernder Personenkreis **Wie viele Mitarbeiter hat der Betrieb?**

_____ **insgesamt** _____ Wie viele sollen versichert werden?

6. Vermittlerdaten

Vermittler

☐ Ausschließlichkeitsvermittler ☐ Makler ☐ Mehrfachagent ☐ Firmenverbundender Vermittler

Name

PVD/RD-/Agentur-Nr.

Telefon

Mobiltelefonnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Webseite

E-Mail

Starter-Kit

Sollen die Vermittlerdaten auch für das Starter-Kit genutzt werden? ☐ ja ☐ nein

Alternative Ansprechpartnerdaten hier eintragen:

Betreuer/Vermittler

Vorname, Name

Telefon oder

Mobiltelefonnummer

Webseite

E-Mail

Soll der Vertrag über einen Makler-Pool verwaltet werden?

☐ nein

☐ ja,

Name Makler-Pool

Interne Kennung

RMV/DBV Personen

Name

Telefon

Mobiltelefonnummer

Ort, Datum

>> Drucken >> neue Eingabe >> Versenden

Beiblatt zur Checkliste betriebliche Krankenversicherung

Gothaer

Unselbständige Verwaltungseinheiten

Namentliche Nennung der Verwaltungseinheiten ohne Adresse

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

Hauptversicherte Unternehmen

Auflistung der verbundene Unternehmen, die dem Kollektivvertrag als hauptversichertes Unternehmen mit eigenständiger Firmenadresse beitreten.

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

Name (bitte immer exakt inklusive Rechtsform angeben, z. B. AG, GmbH)

>> Bitte wählen Sie aus

Branche | Genaue Bezeichnung

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

Ansprechpartner im Unternehmen | Geschäftsführer

E-Mail | Telefon

>> Drucken | >> neue Eingabe | >> Versenden