

Checkliste betriebliche Krankenversicherung



(Bitte vollständig ausfüllen und zurück an GVV senden.)

1. Vertragspartner/Interessent

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

Branche

Genauere Bezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner im Unternehmen

Geschäftsführer

E-Mail

Telefon

Gibt es Konzerngesellschaften/verbundene Unternehmen (z. B. Tochterfirmen), ggf. auch im Ausland, 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

01.

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.

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

Beitragsbefreiung kann nur für alle versicherten Personen beantragt werden.

Beitragsfreie Zeiten gegen einen Mehrbeitrag von 5 % gewünscht?

ja nein

Pflege MediGroup PG*

Tagessatz: _____

Verdienstausschlag TG6*

Tagessatz: _____

* Tarife mit Alterungsrückstellungen; 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 (520 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? **Der Versand der Versicherungsbestätigungen erfolgt direkt an die versicherten Personen.**

Vertragspartner

Vermittler

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

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

4. Services und Leistungen rund um die arbeitgeberfinanzierte bKV

Wir bieten mehr als nur Versicherungsschutz. Hier können Sie im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten bKV aus zahlreichen Services & Leistungen wählen. Bitte entscheiden Sie sich für das klassische (haptische) oder digitale Starter-Kit. Diese sind für Sie und den Vertragspartner kostenlos und ermöglichen eine positive Positionierung des Vertragspartners.

Nur für Budgettarife

4.1

Starter-Kit 2.0

Neben der Versicherungsbestätigung für die versicherten Personen bieten wir ein smartes Informationspaket in DIN A 5 Format mit allen wichtigen Informationen rund um die Budgettarife an. Dieses kann im Rahmen einer Mitarbeiterveranstaltung oder einem persönlichen Gespräch ausgehändigt werden.

1) Findet eine Mitarbeiterveranstaltung statt?

nein

ja

(Termin: TT.MM.JJJJ)

Versicherungsbestätigung an die Mitarbeiter werden erst nach der Mitarbeiterveranstaltung versendet.

2) Sie wünschen ein Starter-Kit 2.0 als

Standard-Version

Personalisiert **ab 20 Mitarbeiter** (Logo des Vertragspartners, Anlassbezogene Ansprache, Ansprechpartner*)

Wählen Sie einen Anlass aus:

Geschenk vom Chef

Jubiläumsgeschenk vom Chef

Weihnachtsgeschenk vom Chef

Dankeschön vom Chef

3) Wem soll das Starter-Kit zur Verfügung gestellt werden

Vermittler

Vertragspartner

(Ansprechpartner z. H. v.)

*Bitte tragen Sie die Kommunikationsdaten des Ansprechpartners unter **Punkt 6 Vermittlerdaten** ein.

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 anbieten.

1) Sie wünschen ein digitales Starter-Kit?

nein

ja

Wer soll als Ansprechpartner im digitalen Starter-Kit erscheinen. Bitte tragen Sie die Kommunikationsdaten des

2)

Ansprechpartners unter **Punkt 6 Vermittlerdaten** ein.

3) 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:

Max. 30 Zeichen

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 Stationärтарife

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 _____

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 _____
E-Mail _____ Webseite _____

Soll der Vertrag über einen Makler-Pool verwaltet werden?

nein

ja, _____
Name Makler-Pool _____ Interne-Kennug _____

VKL/DBV Personen

Name _____
Telefon _____ Mobiltelefonnummer _____
Ort, Datum _____

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)

Branche

Genauere Bezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner im Unternehmen

Geschäftsführer

E-Mail

Telefon

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

Branche

Genauere Bezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner im Unternehmen

Geschäftsführer

E-Mail

Telefon

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

Branche

Genauere Bezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner im Unternehmen

Geschäftsführer

E-Mail

Telefon

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

Branche	Genauere Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Ansprechpartner im Unternehmen	Geschäftsführer	
E-Mail	Telefon	

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

Branche	Genauere Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Ansprechpartner im Unternehmen	Geschäftsführer	
E-Mail	Telefon	

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

Branche	Genauere Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Ansprechpartner im Unternehmen	Geschäftsführer	
E-Mail	Telefon	

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

Branche	Genauere Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Ansprechpartner im Unternehmen	Geschäftsführer	
E-Mail	Telefon	

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

Branche	Genauere Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Ansprechpartner im Unternehmen	Geschäftsführer	
E-Mail	Telefon	

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

Branche	Genauere Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Ansprechpartner im Unternehmen	Geschäftsführer	
E-Mail	Telefon	
