

Bewertung der Anforderungen und Bedürfnisse – potenzielle Gruppenkunden

Vom potenziellen Kunden oder im Auftrag eines potenziellen Kunden auszufüllen:

Im Rahmen der EU-Richtlinie IDD (Insurance Distribution Directive) sind wir verpflichtet, unsere Beratung auf Basis Ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu dokumentieren. Falls Sie es wünschen, können Sie auf dieses Recht vor Vertragsabschluss verzichten.

- Ich verzichte für diesen Vertragsabschluss auf eine persönliche Beratung und die entsprechende Dokumentierung.
Mir ist bekannt, dass sich dies auf die Geltendmachung von Ansprüchen nachteilig auswirken kann.

Titel	Vorname	Nachname
Unternehmen	Name des Unternehmens	
Anschrift	Gebäude/Stockwerk	Straße
	Ort	PLZ
	Region	Land
Kontaktdaten	E-Mail-Adresse	

Anzahl der von der Versicherung zu versichernden Arbeitnehmer:

Voraussichtliche Dauer der Mitarbeiterereinsätze im Ausland (alle Zutreffenden auswählen):

- Weniger als 3 Monate 3–12 Monate 1–5 Jahre 5 Jahre +

Länder, in die Sie Mitarbeiter entsenden, um als Expats zu leben (Gastländer):

Haben Sie bereits eine Krankenversicherung für Ihre Mitarbeiter? Ja Nein

Wenn ja, welchen Versicherungsschutz haben Ihre Mitarbeiter?

- Internationalen Versicherungsschutz (außerhalb Ihres Heimatlandes)
 Lokalen Versicherungsschutz (innerhalb Ihres Heimatlandes)
 Reiseversicherung für Geschäftsreisen
 Stationären Ambulanten Zahnärztlichen Assistance Mutterschaft

Aktueller Versicherer:

Wenn Sie bereits eine Krankenversicherung für Ihre Mitarbeiter haben, warum möchten Sie den Anbieter wechseln?

Werden Ihre Mitarbeiter in ihrem Gastland gesetzliche Krankenversicherung haben?

- Ja Nein

Benötigen Sie einen Versicherungsschutz für Angehörige, die die Mitarbeiter ins Ausland begleiten?

- Ja Nein

Basierend auf Ihren Erwartungen, mit welchem Versicherungsschutz rechnen Sie bei Ihrer Krankenversicherung?

- Internationalem Versicherungsschutz (außerhalb Ihres Heimatlandes)
- Lokalem Versicherungsschutz (innerhalb Ihres Heimatlandes)
- Stationärem Ambulantem Zahnärztlichem Assistance Mutterschaft

Würden Sie in Betracht ziehen, eine jährliche Selbstbeteiligung auf Ihren Versicherungsschutz anzuwenden, um den Beitrag zu reduzieren?

- Ja Nein, ich möchte nicht, dass meine Mitarbeiter zusätzliche Kosten für ihre Behandlung bezahlen

In welcher Währung möchten Sie das Angebot erhalten?

- EUR USD GBP

Ausgefüllt am (Datum)

Name des Interessenten

Unterschrift des Interessenten

In welcher Form möchten Sie die entsprechenden Informationen in Bezug auf Ihren Versicherungsantrag erhalten:

- auf Papier oder per E-Mail

Ausfüllen von Globality Health:

Auf der Grundlage der bereitgestellten Informationen von _____ am _____
(Kundenname) (Datum)

können die folgenden Optionen berücksichtigt werden, um die Bedürfnisse des Kunden zu erfüllen:

	Globality CoGenio® Classic	Globality CoGenio® Plus	Globality CoGenio® Top
	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £
	Modularer Ansatz		
<input type="checkbox"/> Keine geeigneten Optionen	Stationäre Heilbehandlung: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Ambulante Heilbehandlung: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Zahnärztliche Heilbehandlung: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top

Bemerkungen:

Ausgefüllt am (Datum)

Name des Vertriebspartners

Unterschrift des Vertriebspartners