

Bewertung der Anforderungen und Bedürfnisse – potenzielle individuelle Kunden

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
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Staatsangehörigkeit
Kontaktdaten	E-Mail-Adresse	

Weitere zu versichernde Personen:

Person 1	Vorname	Nachname
	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Staatsangehörigkeit
Person 2	Vorname	Nachname
	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Staatsangehörigkeit
Person 3	Vorname	Nachname
	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Staatsangehörigkeit

Voraussichtliche Dauer des Auslandsaufenthalts: Weniger als 3 Monate 3–60 Monate 5–7 Jahre 7 Jahre +

Derzeitiges Wohnsitzland:

Land, in dem Sie als Expat leben werden:

(Falls Sie durch verschiedene Länder reisen, geben Sie bitte an, in welchem Land Sie sich am längsten aufhalten werden, oder geben Sie alternativ das erste Land Ihrer Reise an.)

Leben Sie schon im Ausland?

Ja Nein

Falls ja, wie lange haben Sie im Entsendeland gelebt?

Haben Sie bereits eine Krankenversicherung? Ja Nein

Wenn ja, welchen Versicherungsschutz haben Sie derzeit?

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

Name des Versicherers:

Haben Sie eine gesetzliche Krankenversicherung in Ihrem Gastland?

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 keine zusätzlichen Kosten für meine 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 Versicherungsprodukte empfohlen werden:

Globality YouGenio® World Essential	Globality YouGenio® World Classic	Globality YouGenio® World Plus	Globality YouGenio® World Top
<input type="checkbox"/> Keine Selbstbeteiligung	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 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	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 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £
	Globality YouGenio® Germany Classic	Globality YouGenio® Germany Plus	Globality YouGenio® Germany Top
<input type="checkbox"/> Keine geeigneten Optionen	Selbstbeteiligung: <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 £

Bemerkungen:

Ausgefüllt am (Datum)

Name des Vertriebspartners

Unterschrift des Vertriebspartners