

Erfassungsbogen Gruppenversicherungsvertrag

Zur Prüfung und Erstellung von Angeboten für Gruppenversicherungsverträge (GV) reichen Sie bitte folgende Daten und Unterlagen bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin (E-Mail: krankenversicherung@allianz.de, Telefax: 0800.4 400 103) ein.

Ist der zukünftige Vertragspartner ein Verband, reichen Sie bitte zusätzlich die aktuelle Satzung des Verbandes ein.

Angaben zum Vertragspartner

(Rechtsfähigkeit und Sitz in Deutschland ist erforderlich)

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Branche _____

Zusätzlich bei Firmen auszufüllen

Einbindung in einen Konzern Ja Nein

Wenn ja, in welchen? _____

Sollen inländische Tochterunternehmen in den GV einbezogen werden (mindestens 50% direkte Kapitalbeteiligung erforderlich)? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name (inkl. Rechtsform), Anschrift, Branche und Höhe der Kapitalbeteiligung angeben.

Angaben zur gewünschten Absicherung

Welcher Personenkreis soll versichert werden?

Um wie viele Personen handelt es sich hierbei? _____

Wieviele dieser Personen sind in der GKV versichert? _____

Ergänzende Informationen

Besteht ein Gruppenversicherungs- oder ähnlicher Vertrag mit einem Mitbewerber in der Krankenversicherung? Oder beabsichtigt der Vertragspartner, einen solchen Vertrag abzuschließen? Wenn ja mit wem?

Hat der Vertragspartner bereits Vertragsbeziehungen zur Allianz? Oder ist ein Abschluss in Anbahnung? Wenn ja, in welcher Form?

Kontakt Daten des vertrieblichen Ansprechpartners

Name/Funktion

Angaben zum Vermittler

Vermittlerdaten

Name

Telefon, E-Mail

Straße, PLZ, Ort

Vermittler-Nr.

Fremdordnungsmerkmal, sofern erforderlich

- | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Makler | <input type="checkbox"/> NordOst | Maklerbetreuer | <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> NordWest | Maklerbetreuer | <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> SüdOst | Maklerbetreuer | <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> SüdWest | Maklerbetreuer | <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> Sondervertrieb | Regional Vertriebsleiter | <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> Vertriebsdirektion Kranken Direkt | Maklerbetreuer | <hr/> |

Wem soll das Angebot zugesandt werden (falls abweichend vom Vermittler)?

Name, Funktion

Telefon, E-Mail

Straße, PLZ, Ort

Datum, Unterschrift