

Beratungsprotokoll

Private Krankenversicherung
gemäß Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts



Beratungsprotokoll

Private Krankenversicherung

- Wechsel von GKV zu PKV Ergänzung eines bestehenden GKV-Versicherungsschutzes anderer Grund:
 Wechsel von PKV zu PKV Ergänzung eines bestehenden PKV-Versicherungsschutzes
 (bitte ankreuzen, zu welchem Thema die Beratung durchgeführt wird)

Vermittlerdaten

Vermittlername, Vorname

Personal-/Vermittlernummer

Die Information über den Vermittler wurde ausgehändigt!

Kundendaten – Antragsteller

Herr Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Persönliche Daten

	zu versichernde Person 1	zu versichernde Person 2
Name, Vorname (nur auszufüllen, wenn nicht VN)		
Geburtsdatum/Familienstand/Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
berufliche Tätigkeit		
Kinder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Anzahl: Alter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; Anzahl: Alter:
Bundesland		
Brutto-Jahreseinkommen ca.		
Netto-Jahreseinkommen ca.		
Derzeitige Krankenversicherung		
Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Freiwillig
bei Gesellschaft		
von/bis		
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Zusatz	<input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Zusatz
bei Gesellschaft		
von/bis		
Besteht eine Versicherung auf Krankengeld, Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld oder Pfl egetagegeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Art und Höhe des Versicherungsschutzes		
Bei welcher Gesellschaft?		
Weitere wichtige Informationen		

Wünsche und Bedürfnisse des Kunden (■ siehe Anlage Analysebogen)

Was ist dem Kunden wichtig?		
Ambulante Leistungen (z. B. Brille, Hausarztmodell, Heilpraktiker)		
Stationäre Leistungen (z. B. bessere Unterbringung, Chefarztbehandlung)		
Zahnleistungen (z. B. hohe Zahnersatzleistung, Inlays)		

Sonstiges	zu versichernde Person 1		zu versichernde Person 2	
	Wichtig	Nicht wichtig	Wichtig	Nicht wichtig
Krankentagegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegetagegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaustagegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbehalt/Beitragshöhe	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> **	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> **
Ergänzungstarife für GKV-Versicherte				
Ambulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere wichtige Informationen				

*) niedriger Selbstbehalt ist wichtiger als niedriger Beitrag; **) niedriger Beitrag ist wichtiger als niedriger Selbstbehalt

Erteilter Rat (z. B. Tarifempfehlung)
<input type="checkbox"/> siehe beigefügtes Angebot vom:
<input type="checkbox"/> siehe beigefügte Unterlagen:
Begründung, insbesondere bei Abweichungen von Zielen und Bedürfnissen des Kunden:

Entscheidung des Kunden
<input type="checkbox"/> Kunde entscheidet gemäß dem erteilten Rat.
<input type="checkbox"/> Kunde entscheidet sich – abweichend von dem erteilten Rat – für:
Begründung bei abweichender Entscheidung:

Name, Vorname aller Gesprächsteilnehmer beim Beratungsgespräch:	
Eine Beratung zu einem anderen Thema wird zum jetzigen Zeitpunkt gewünscht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Thema:	
Beratungsort und Datum:	
Ein Exemplar dieses Protokolls habe ich erhalten.	
Unterschrift Kunde	Unterschrift Vermittler



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.
Pettenkoferstr. 19, 80336 München

Tel. 089/51 52-10 00 · Fax 089/51 52-15 01
info@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Heinrich Traublinger, MdL a.D.
Vorstände: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender),
Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar

Ihr Ansprechpartner