

Betriebliche Krankenversicherung ConCEPT

Bitte leiten Sie uns diese Informationen an die unten stehende Adresse weiter.

Für ein zielgerichtetes Angebot bitten wir Sie, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten und die benötigten Angaben zu ergänzen:

1. Interessent / Versicherungsnehmer

Firma Berufsverband (Bitte Satzung beilegen.)

Name (inkl. Rechtsform): _____

Anschrift: _____

Homepage: _____ Branche: _____

2. Personengruppen (Sofern nicht der gleiche Versicherungsschutz allen Mitarbeitern angeboten werden soll, bitte weitere Gruppen definieren.)

Gesamtanzahl Mitarbeiter (MA) im Unternehmen / Mitglieder im Berufsverband _____

	Personengruppe 1	Personengruppe 2	Personengruppe 3
Bezeichnung: alle MA , kfm. Ang. etc.			
Anzahl zu versichernde Personen			
davon Minijobber			
Tarif Choose	<input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 1.200	<input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 1.200	<input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 1.200
Tariflinie Save (Anzahl < 25 Personen; Besonderheiten beachten.)	<input type="checkbox"/> Save <input type="checkbox"/> Save More <input type="checkbox"/> Save U* <small>* Kombi nur mit anderen ConCEPT-Tarifen.</small>	<input type="checkbox"/> Save <input type="checkbox"/> Save More <input type="checkbox"/> Save U* <small>* Kombi nur mit anderen ConCEPT-Tarifen.</small>	<input type="checkbox"/> Save <input type="checkbox"/> Save More <input type="checkbox"/> Save U* <small>* Kombi nur mit anderen ConCEPT-Tarifen.</small>
Tariflinie Smile	Tarif Smile <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 1.500 <input type="checkbox"/> 3.000	<input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 1.500 <input type="checkbox"/> 3.000	<input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 1.500 <input type="checkbox"/> 3.000
	Tarif Smile More <input type="checkbox"/> 1.000 <input type="checkbox"/> 2.500 <input type="checkbox"/> 5.000	<input type="checkbox"/> 1.000 <input type="checkbox"/> 2.500 <input type="checkbox"/> 5.000	<input type="checkbox"/> 1.000 <input type="checkbox"/> 2.500 <input type="checkbox"/> 5.000

Mind. 10 Personen
(ggf. je Tariflinie)

3. Beitragsbefreiung mit Leistungsanspruch (für alle Mitarbeiter)

ja nein

4. Gewünschter Beginn

01. ____ .20 ____ (frühestens zum nächsten Monatsersten)

5. Arbeitnehmerfinanzierte Versicherung

Mitarbeiter / Up-Selling nach Tarif Choose-F Tariflinie Save-F Tariflinie Smile-F

Familienangehörige (max. analog des Versicherungsumfangs des versicherten Mitarbeiters.)

6. Sonstige Anmerkungen

7. Gewünschte Aktion und Versand der Unterlagen an

Angebot erstellen Kollektivvertrag erstellen Vermittler Interessent

Mit meinen Angaben bestätige ich, dass ich zu den Vorsorgemöglichkeiten und Produkten der Continentale Krankenversicherung a.G. von Ihnen informiert werden möchte und erteile mein Einverständnis, zu diesem Zweck per Telefon, E-Mail oder Post kontaktiert zu werden. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass meine Daten zu den genannten Zwecken bei der Continentale Krankenversicherung a.G. und beim für mich zuständigen Vermittler verarbeitet und gespeichert werden. Ich bin darüber informiert, dass ich die Datenschutzhinweise der Continentale Krankenversicherung a.G. unter www.continentale.de/datenschutz einsehen kann.

Weitere benötigte Infos bei Abschluss:

8. ConCORP (Firmenkundenportal)

Ansprechpartner mit Vor- und Nachname: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____

Implementierung Firmenlogo gewünscht (als JPG oder PNG) Zeitpunkt Begrüßungsmail an Mitarbeiter: _____

9. Mitarbeiterinformation / Zeitpunkt Policenversand

Direkt an Mitarbeiter zum _____ Gebündelt an Firma Gebündelt an Vermittler

Continentale Krankenversicherung a.G.
k-fv – Firmen- und Verbandskunden
Augustaanlage 66, 68165 Mannheim
Tel. 0621 457- 7704, Fax 0621 457-7802
bkv@continentale.de

Kontaktdaten Vermittler, VEP-Nr.

2813/05.2022