

Erfassungsbogen zur arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung (bKV-AG)

Für Unternehmen ab 250 Personen und Konzernstrukturen

1 Unternehmensdaten	
1.1 Versicherungsnehmer (siehe auch Punkt 6.1)	
Name des Betriebes ¹⁾ (Versicherungsnehmer) und Rechtsform	
Branche, Gegenstand des Geschäftsbetriebes	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Anzahl Mitarbeitende gesamt	

¹⁾ Es ist eine korrekte und vollständige Unternehmensbezeichnung des Vertragspartners anzugeben.

1.2 Rahmendaten	
 Besteht eine Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk?	☐ Ja Name des Versorgungswerkes ☐ Nein
 Sollen Mitarbeitende konzernverbundener Unternehmen versichert werden?	☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, benötigen wir folgende weitere Angaben:

Name des Mutterunternehmens		Branche
Firmenname		
Anschrift		
1. Tochterunternehmen		Branche
Firmenname		
Anschrift		
2. Tochterunternehmen		Branche
Firmenname		
Anschrift		
3. Tochterunternehmen		Branche
Firmenname		
Anschrift		

1.3 Gesprächsteilnehmer im Unternehmen

Akademischer Titel	Adelstitel
Name, Vorname	Funktion
Ort der Beratung	Datum, Uhrzeit
Weitere Gesprächsteilnehmer	

2 Beginn des Kollektivvertrages

 gewünschter Beginn des Kollektivvertrages

3 Für Konzernstrukturen: Gewünschter Versicherungsschutz

Sollen sowohl das Mutterunternehmen als auch die dazugehörigen Tochterunternehmen denselben Versicherungsschutz erhalten?

☐ Ja

☐ Nein

Falls „ja“ füllen Sie bitte die nachfolgende Tabelle aus:

Personengruppe Alle Mitarbeitenden (inkl. Geschäftsleitung und geringfügig Beschäftigter)			
Personenanzahl			
Budget-Variante		Budgethöhe	
Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife	☐ UnfallPrivat+	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KT+ (Krankentagegeld)
	KTG-Tagessatz		
Bausteintarife	Ambulant	☐ Arznei+ (nur GKV) ☐ Sehhilfe+ (nicht alleine)	☐ Natur Privat+ (nicht alleine) ☐ Vorsorge+ (nur GKV)
	Stationär	☐ UnfallPrivat+	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)
	Zahn	☐ ZahnOptimal+ ☐ ZahnBest+	☐ ZahnPerfekt+
	Krankentagegeld	☐ KT+	KTG-Tagessatz

Falls „nein“:

Sollen das Mutterunternehmen und die Tochterunternehmen nicht denselben Versicherungsschutz erhalten, füllen Sie die nachfolgende Seite bitte entsprechend (mehrmals) aus und drucken diese.

Name des Unternehmens:

Personengruppe 1	Personengruppe 2	Personengruppe 3
Bitte wählen Sie eine Personengruppe aus	Bitte wählen Sie eine Personengruppe aus	Bitte wählen Sie eine Personengruppe aus
Genauere Bezeichnung bei „Sonstige“	Genauere Bezeichnung bei „Sonstige“	Genauere Bezeichnung bei „Sonstige“
Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV	Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV	Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV
Personenanzahl	Personenanzahl	Personenanzahl
Budget-Varianten	Budget-Varianten	Budget-Varianten
Budgethöhe	Budgethöhe	Budgethöhe
Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife	Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife	Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife
☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+
☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)
☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)
KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz
oder alternativ Bausteintarife	oder alternativ Bausteintarife	oder alternativ Bausteintarife
☐ Arznei+ (nur GKV)	☐ Arznei+ (nur GKV)	☐ Arznei+ (nur GKV)
☐ NaturPrivat+ (nicht alleine)	☐ NaturPrivat+	☐ NaturPrivat+
☐ Sehhilfe+ (nicht alleine)	☐ Sehhilfe+	☐ Sehhilfe+
☐ Vorsorge+ (nur GKV)	☐ Vorsorge+ (nur GKV)	☐ Vorsorge+ (nur GKV)
☐ ZahnOptimal+	☐ ZahnOptimal+	☐ ZahnOptimal+
☐ ZahnBest+	☐ ZahnBest+	☐ ZahnBest+
☐ ZahnPerfekt+	☐ ZahnPerfekt+	☐ ZahnPerfekt+
☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+
☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)
☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)
KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz

Werden mehr als 249 Personen in einem Tarif versichert, so füllen Sie bitte die nachfolgende Seite aus!

Sofern in einem Tarif mind. 250 Personen versichert werden sollen, teilen Sie uns bitte die Alters- und Geschlechterstruktur der Mitarbeitenden für den bzw. die entsprechenden Tarif(e) mit. Erhalten alle Mitarbeitenden denselben Versicherungsschutz für mehrere Tarife oder einen Tarif, so tragen Sie bitte die entsprechenden Tarifnamen ein. Setzen sich Tarife, in denen mind. 250 Personen versichert werden sollen aus mehreren Gruppen zusammen, so geben Sie die Alters- und Geschlechterstruktur bitte für diese Tarife einzeln auf.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass für jede versicherte Budgetstufe, eine eigene Alters- und Geschlechterstruktur angegeben werden muss.

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

4 Für Betriebe, die mind. 250 Personen in einem Tarif versichern (ohne Konzerne)

Name des Unternehmens:

Personengruppe 1	Personengruppe 2	Personengruppe 3
Bitte wählen Sie eine Personengruppe aus	Bitte wählen Sie eine Personengruppe aus	Bitte wählen Sie eine Personengruppe aus
Genauere Bezeichnung bei „Sonstige“	Genauere Bezeichnung bei „Sonstige“	Genauere Bezeichnung bei „Sonstige“
Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV	Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV	Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV
Personenanzahl	Personenanzahl	Personenanzahl
Budget-Varianten	Budget-Varianten	Budget-Varianten
Budgethöhe	Budgethöhe	Budgethöhe
Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife	Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife	Zu den Budget-Varianten abschließbare Tarife
☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+
☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)
☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)
KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz
oder alternativ Bausteintarife	oder alternativ Bausteintarife	oder alternativ Bausteintarife
☐ Arznei+ (nur GKV)	☐ Arznei+ (nur GKV)	☐ Arznei+ (nur GKV)
☐ NaturPrivat+ (nicht alleine)	☐ NaturPrivat+	☐ NaturPrivat+
☐ Sehhilfe+ (nicht alleine)	☐ Sehhilfe+	☐ Sehhilfe+
☐ Vorsorge+ (nur GKV)	☐ Vorsorge+ (nur GKV)	☐ Vorsorge+ (nur GKV)
☐ ZahnOptimal+	☐ ZahnOptimal+	☐ ZahnOptimal+
☐ ZahnBest+	☐ ZahnBest+	☐ ZahnBest+
☐ ZahnPerfekt+	☐ ZahnPerfekt+	☐ ZahnPerfekt+
☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+	☐ UnfallPrivat+
☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)	☐ KlinikPrivat+ (nur GKV)
☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)	☐ KT+ (Krankentagegeld)
KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz	KTG-Tagessatz

Bitte beachten Sie die nachfolgende Seite für die Abfrage zur Alters- und Geschlechterstruktur!

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

Tarifname(n):					
Anzahl der Mitarbeitenden	Altersgruppe	Anzahl	davon weiblich	davon männlich	davon divers
	18-29				
	30-39				
	40-49				
	50-59				
	60-69				

5 bKV spezifische Antragsdaten

5.1 Ansprechpartner im Unternehmen: Berechtigung zum SI-Arbeitgeberportal

Die An- und Abmeldung der Mitarbeitenden zu den verschiedenen vereinbarten Personengruppen erfolgt über das SI-Arbeitgeberportal. Da uns der Schutz Ihrer Daten wichtig ist, erhält der Ansprechpartner im Unternehmen die Benutzerkennung per Mail und das Passwort separat per Post. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben entsprechend und beachten, dass die E-Mail-Adresse zwingend anzugeben ist.

Anrede	☐ Herr ☐ Frau
Akademischer Titel	
Adelstitel	
Vorname	
Name	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	
Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	

5.2 Erweiterte Berechtigte des Vermittlers zum Arbeitgeberportal

Der Vermittler kann zukünftig bei der An- und Abmeldung von Mitarbeitenden unterstützen. Dazu muss der Antragssteller eine entsprechende Vollmacht erteilen. Der bevollmächtigte Ansprechpartner im Unternehmen wird im SI-Arbeitgeberportal mit seiner E-Mail-Adresse registriert und erhält dann einen Brief mit dem Kennwort für den Erstzugang.

Soll auch der Vermittler im Arbeitgeberportal Zugriff auf die Daten des Arbeitgebers erhalten, so ist zwingend die E-Mail-Adresse anzugeben. Die mobile Telefonnummer kann optional angegeben werden.

Soll der Vermittler den Ansprechpartner im Unternehmen bei der An-/Abmeldung von Mitarbeitern im Arbeitgeberportal unterstützen? ☐ Ja ☐ Nein

Anrede	☐ Herr ☐ Frau
Akademischer Titel	
Adelstitel	
Vorname	
Name	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Ort	
Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	

5.3 Entsendung von Mitarbeitenden ins Ausland

Entsendet der Arbeitgeber Mitarbeitende ins Ausland? ☐ Ja ☐ Nein

Dauert die Entsendung länger als 92 Tage? ☐ Ja ☐ Nein

Wird ein Angebot gewünscht? ☐ Ja ☐ Nein

Zusätzliche Angaben

6 Allgemeine Antragsdaten

6.1 Antragsteller (entspricht den Angaben aus Punkt 1.1)

Besteht für den Antragsteller bereits ein Vertrag bei der SIGNAL IDUNA Gruppe, bei dem er selbst Versicherungsnehmer ist?

☐ Ja ☐ Nein

Bei „Ja“ teilen Sie uns bitte die Versicherungsnummer mit:

6.2 Beitragszahlung

Zahlungsart ☐ Lastschriftverfahren ☐ Einzelüberweisung ohne Rechnung

Zahlungsweise ☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich ☐ Halbjährlich ☐ Jährlich

Entspricht der Beitragszahler dem Antragsteller ☐ Ja ☐ Nein

Sofern das SEPA-Lastschriftmandat gewählt wurde, teilen Sie uns bitte nachfolgende Angaben mit:

Name des Beitragszahlers

IBAN

BIC/Bankleitzahl

Geldinstitut

Bei einem abweichenden Beitragszahler teilen Sie uns bitte noch folgende Angaben mit:

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

6.3 Erklärung für Betreuungs- und Informationskontakte

Einverständniserklärung für Betreuungs- und Informationskontakte

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe*, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten für „Brief-, Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS“ - (es werden nur die Punkte angedruckt, die auch ausgewählt bzw. ausgefüllt wurden) Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen diesen Vertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe* gerichtet sind.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

(*)Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe: siehe Angaben in der Dienstleisterliste.

Ich erkläre mein Einverständnis für Betreuungs- und Informationskontakte für die folgenden Kontaktdaten:

☐ Telefon	☐ Telefax	☐ E-Mail	☐ SMS

6.4 Sonstiges

Generell gilt: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird geleistet. Dies gilt jedoch nur für den Teil der Behandlungen, die nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden.

Für den Tarif KT+ gilt: Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird geleistet. Dies gilt jedoch nur für den Teil der Arbeitsunfähigkeiten, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind.

Für den Tarif UnfallPrivat+ gilt: Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet. Das heißt, der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. handelt es sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, bei dem regelmäßig die Versicherungsnehmer Mitglieder sind, satzungsgemäß aber auch Versicherungsverträge geschlossen werden können, bei denen der Vertragsschluss keine Mitgliedschaft begründet. Der beantragte Versicherungsschutz wird als Nicht-Mitgliedergeschäft beantragt, so dass mit Vertragsschluss keine Mitgliedschaft im Versicherungsverein erworben wird.

6.5 Aushändigung der Versicherungsbestätigung

Soll die Aushändigung der Versicherungsbestätigung durch den Vermittler erfolgen?

☐ Ja ☐ Nein

7 Weitere Angaben

Gibt es noch weitere Angaben, die Sie uns mitteilen möchten?

--

8 Kollektivvertrag

☐ Ja, es soll auf Grundlage der vorgenannten Angaben ein Kollektivvertrag erstellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Unternehmens

Unterschrift des/der Vermittler(s)

8 Angaben zum Vermittler

Name des Vermittlers

Vermittlerart

☐ Ausschließlichkeit

☐ Makler

☐ Mehrfachvermittler

Reichen Sie über einen Pool ein?

☐ Ja, Name des Pools:

☐ Nein

Vermittlernummer (ADVNR)

GD/BTR

E-Mail-Adresse