



Maßstäbe / **neu definiert**

Beratungsdokumentation Krankenversicherung

■ Es betreut Sie:



Bitte in Blockschrift ausfüllen

| | | |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Persönliche Angaben | Versicherungsnehmer, Name | Vermittler, Name |
| | Vorname | Vorname |
| | Straße, Haus-Nr. | Straße, Haus-Nr. |
| | Postleitzahl, Wohnort | Postleitzahl, Wohnort |
| | Versicherungsschein-Nummer | Orga-Nr. |

| | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|------------------|
| Ort/Tag der Beratung | <input type="checkbox"/> Büro des Betreuers | <input type="checkbox"/> Telefonisch | Tag der Beratung |
| | <input type="checkbox"/> Wohnung/Betrieb des Kunden | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
| | Zusätzliche Gesprächsteilnehmer | | Gesprächsanlass |
| | | | |
| | | | |

Vielen Dank für das Vertrauen, das Sie mir und AXA in unserem heutigen Gespräch entgegengebracht haben. Sie wünschten anschließend eine Beratung zum im Antrag genannten Versicherungsschutz.

| | | | |
|---|--|---|---|
| Vorhandener Absicherungsumfang | Haben Sie eine private Krankenversicherung? (auch Zusatzversicherung) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kundenwünsche | Welchen Versicherungsschutz wünschen Sie? | | |
| | – Krankenvollversicherung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | – Krankenzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Wünschen Sie eine Absicherung | | |
| | – bei ambulanter Behandlung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | – bei stationärer Behandlung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | – bei zahnärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | – bei Behandlung durch Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | – bei Verdienstausfall im Krankheitsfall | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | – des Pflegefall-Risikos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | – bei akuter Erkrankung im Ausland | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Hinweise zum empfohlenen Versicherungsschutz | Versicherungsschutz mit unterschiedlichen Leistungsinhalten wurde vorgestellt, insbesondere wurde der Versicherungsschutz im Einzelnen erläutert und auf eventuelle Leistungsbegrenzungen (z. B. Einschluss eines Selbstbehaltes, Wartezeiten), sowie auf Tarife für spezielle Zielgruppen (z. B. Beamte, Heilberufe) hingewiesen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Es wurde darauf hingewiesen, dass bei einem späteren Wechsel in höherwertigen Versicherungsschutz hinsichtlich der Mehrleistung eine Risikoprüfung erfolgt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Es wurde darüber informiert, dass die Versicherungsleistung bzw. deren Höhe für bestimmte Maßnahmen (siehe abgeschlossener Tarif) von einer vorherigen Abstimmung mit AXA abhängig gemacht werden kann. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Auf die Möglichkeit, dass AXA bei erheblichen Erhöhungen der Leistungsaufwendungen (gem. gesetzlicher Vorgaben) in Abstimmung mit dem Treuhänder den Versicherungsbeitrag anheben muss, wurde hingewiesen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Über die Mindestlaufzeit des Vertrages/der Verträge wurde informiert. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Der Umfang des Versicherungsschutzes im Ausland und die Dauer des Schutzes wurden erläutert. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Es wurde darauf hingewiesen, dass Krankentagegeld nur bis max. 80% der regelmäßigen Einkünfte versichert werden kann. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Auf die unter Umständen gravierende Lücke zwischen den Kosten im Pflegefall und den Leistungen der Pflegepflichtversicherung wurde hingewiesen. Über die Möglichkeit, diese durch Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zu vermindern oder zu schließen, wurde informiert. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |



| Besondere Hinweise bei Abschluss einer Privaten Kranken-Vollversicherung | | Versicherte Person 1 (s. Antrag) | | Versicherte Person 2 (s. Antrag) | |
|--|---|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | Es wurde auf die Voraussetzungen hingewiesen, die berechtigen, aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung zu wechseln. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Über die Befreiungsregelung bei Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze und die Konsequenzen wurde informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Es wurde darauf hingewiesen, dass bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung unter bestimmten Bedingungen ein Teil der angesparten Alterungsrückstellung übertragen werden muss. Über die Voraussetzungen hierfür wurde informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Es wurde darauf hingewiesen, dass für die Beitragsbemessung des freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Ehegatten oder Lebenspartners in der Regel dessen beitragspflichtige Einnahmen <u>und</u> die Einnahmen des privat versicherten Ehegatten oder Lebenspartners zugrunde gelegt werden, insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag in Höhe der halben Beitragsbemessungsgrenze. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Für jedes gemeinsame, unterhaltsberechtignte Kind, für das in der GKV keine Familienversicherung besteht, wird von den Einnahmen des privat versicherten Ehegatten oder Lebenspartners ein Freibetrag abgezogen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Die Vorteile der Möglichkeit einer Beitragsentlastung im Alter (über den 10%igen gesetzlichen Zuschlag und die Alterungsrückstellungen hinaus) wurden erläutert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Über die Leistungsinhalte der Pflegepflichtversicherung wurde informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Empfehlung (Produkt/wesentliche Eckdaten)

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des Vermittlers verzichtet der Versicherungsnehmer auf:

Im Übrigen gelten die Angaben des Versicherungsnehmers im Antrag. Darüber hinaus bestätigen Vermittler und Antragsteller/ Versicherungsnehmer ausdrücklich, dass hinsichtlich sämtlicher, im Originalantrag vorgegebener Erklärungen, insbesondere der Antragsrückseite, keine Veränderungen vorgenommen wurden. Die Beratungsdokumentation wird zusammen mit dem Versicherungsantrag an die AXA Versicherungen zum Zweck der Archivierung und Bearbeitung von Beanstandungen übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Name/Unterschrift des/der Vermittlers/-in



