

# Angebotsformular Makler

## Obligatorische Betriebliche Krankenversicherung (bKV)

### Allgemeine Angaben zum versicherten Unternehmen

Firma			Fax		
Straße, Hausnummer			E-Mail		
PLZ	Ort	Homepage			
Telefon			Branche		
Rechtsform	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> KGaA	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> GbR	
	<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> GmbH & Co. KG	<input type="checkbox"/> OHG	<input type="checkbox"/> Einzelfirma/Selbstständiger	
Mitarbeiterzahl insgesamt:			<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Versicherungsbeginn:					
Beitragsbefreiung bei entgeltlosen Zeiten: Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>		

### Variante 1: Alle Mitarbeiter werden in gleichem Umfang versichert

Anzahl der Mitarbeiter:

Anzahl der zu versichernden Personen:

Start (Tarif 251) (mind. 10 MA)

Budget 300 € (Tarif 260) (mind. 10 MA)

Budget 1.000 € (Tarif 263) (mind. 5 MA)

Klinik 1-Bett (Tarif 291) (mind. 10 MA)

Budget 600 € (Tarif 261) (mind. 5 MA)

Budget 1.500 € (Tarif 265) (mind. 5 MA)

Klinik 2-Bett (Tarif 290) (mind. 10 MA)

### Variante 2: Unterschiedliche Gruppen für Mitarbeiter

Bezeichnung Personengruppe 1:

Anzahl Mitarbeiter in Personengruppe 1:

Anzahl der zu versichernden Personen:

Tarifauswahl:

Start (mind. 10 MA)

Budget 300 € (mind. 10 MA)

Budget 1000 € (mind. 5 MA)

Klinik 1-Bett (mind. 10 MA)

Budget 600 € (mind. 5 MA)

Budget 1.500 € (mind. 5 MA)

Klinik 2-Bett (mind. 10 MA)

Bezeichnung Personengruppe 2:

Anzahl Mitarbeiter in Personengruppe 2:

Anzahl der zu versichernden Personen:

Tarifauswahl:

Start (mind. 5 MA)

Budget 300 € (mind. 10 MA)

Budget 1000 € (mind. 5 MA)

Klinik 1-Bett (mind. 10 MA)

Budget 600 € (mind. 5 MA)

Budget 1.500 € (mind. 5 MA)

Klinik 2-Bett (mind. 10 MA)

### Vermittlerdaten

Vorname Nachname/Firmenname	Vermittlernummer
Ansprechpartner	E-Mail
Adresse	Telefon
PLZ und Ort:	

### Sonstiges