

## Erfassungsbogen Gruppenversicherungsvertrag

Zur Prüfung und Erstellung von Angeboten für Gruppenversicherungsverträge (GV) reichen Sie bitte folgende Daten und Unterlagen bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin (E-Mail: [krankenversicherung@allianz.de](mailto:krankenversicherung@allianz.de), Telefax: 0800.4 400 103) ein.

Ist der zukünftige Vertragspartner ein Verband, reichen Sie bitte zusätzlich die aktuelle Satzung des Verbandes ein.

### Angaben zum Vertragspartner

(Rechtsfähigkeit und Sitz in Deutschland ist erforderlich)

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_

### Zusätzlich bei Firmen auszufüllen

Einbindung in einen Konzern  Ja  Nein

Wenn ja, in welchen? \_\_\_\_\_

Sollen inländische Tochterunternehmen in den GV einbezogen werden  
(mindestens 50% direkte Kapitalbeteiligung erforderlich)?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Name (inkl. Rechtsform), Anschrift, Branche und Höhe der Kapitalbeteiligung angeben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zur gewünschten Absicherung

Welcher Personenkreis soll versichert werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Um wie viele Personen handelt es sich hierbei? \_\_\_\_\_

Wieviele dieser Personen sind in der GKV versichert? \_\_\_\_\_

### Ergänzende Informationen

Besteht ein Gruppenversicherungs- oder ähnlicher Vertrag mit einem Mitbewerber in der Krankenversicherung?  
Oder beabsichtigt der Vertragspartner, einen solchen Vertrag abzuschließen? Wenn ja mit wem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat der Vertragspartner bereits Vertragsbeziehungen zur Allianz? Oder ist ein Abschluss in Anbahnung?  
Wenn ja, in welcher Form?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kontakt Daten des vertrieblichen Ansprechpartners

Name/Funktion

---

Angaben zum Vermittler

Vermittlerdaten

Name 

---

Telefon, E-Mail 

---

Straße, PLZ, Ort 

---

Vermittler-Nr. 

---

Fremdordnungsmerkmal, sofern erforderlich 

---

- |                                 |  |                          |       |
|---------------------------------|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Makler | <input type="checkbox"/> NordOst                           | Maklerbetreuer           | <hr/> |
|                                 | <input type="checkbox"/> NordWest                          | Maklerbetreuer           | <hr/> |
|                                 | <input type="checkbox"/> SüdOst                            | Maklerbetreuer           | <hr/> |
|                                 | <input type="checkbox"/> SüdWest                           | Maklerbetreuer           | <hr/> |
|                                 | <input type="checkbox"/> Sondervertrieb                    | Regional Vertriebsleiter | <hr/> |
|                                 | <input type="checkbox"/> Vertriebsdirektion Kranken Direkt | Maklerbetreuer           | <hr/> |

Wem soll das Angebot zugesandt werden (falls abweichend vom Vermittler)?

Name, Funktion 

---

Telefon, E-Mail 

---

Straße, PLZ, Ort 

---

Datum, Unterschrift