

# ANALYSEBOGEN BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG

**Barmenia**  
EINFACH. MENSCHLICH.

**Reset:** Leeren aller Felder

## Vertriebspartnerangaben

- > bKV-Vermittlernummer
- > Vertriebspartner
- > Ansprechpartner
- > Adresse
- > Telefon
- > E-Mail

## Kundenangaben

### 1. Kontaktdaten

- > Name inkl. Rechtsform
- > Inhaber/Ansprechpartner
- > Kontaktdaten des Unternehmens
- > Registernummer
- > Telefon
- > E-Mail
- > Website

Hinweis: Weitere Firmen können Sie auf Seite 4 vermerken.

### 2. Branche

Berufsgruppe<sup>1</sup>

### 3. Gewünschter Vertragsbeginn

### 4. Anzahl der Arbeitnehmer (insgesamt)

### 5. Sind unterschiedliche Gruppierungen gewünscht und wenn ja, welche?

ja

nein

Gruppe (z. B. nach Betriebszugehörigkeit, Funktion, etc.)<sup>2</sup>

Anzahl

Tarif

>

>

>

>

>

>

### 6. Ausschlüsse

Probezeit

Aushilfen<sup>3</sup>

Praktikum

Berufsausbildung

Werkstudenten

Befristung

Teilzeit

Sonstige:

<sup>1</sup> Eingeschränkte Versicherbarkeit siehe Hinweise auf Seite 5.

<sup>2</sup> Eine Gruppierung ist immer nach objektiv abgrenzbaren Kriterien im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) vorzunehmen. Weitere Informationen auf Seite 4.

<sup>3</sup> Aushilfen: Arbeitnehmer, die nur für eine im Voraus festgelegte kürzere Zeit oder Tätigkeit, für die keine fachspezifische Ausbildung notwendig ist, eingestellt werden.

# ANALYSEBOGEN BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG

7. Beitragsbefreiung gewünscht? (siehe nähere Hinweise auf Seite 5) ja nein

8. Die betriebliche Krankenversicherung wird vom Arbeitgeber finanziert? ja nein

9. Weitere Wünsche?  
(z. B. Kommunikationsmittel,  
Präsentationen, Sonstiges)

## 9.1 Kommunikationsmittel<sup>4</sup>

Landingpage

9.2 Arbeitgeberportal gewünscht? ja nein  
(ab 50 MA – Verwaltung der eigenen Mitarbeiterdaten möglich)

Erstmeldung erfolgt durch Barmenia Unternehmen

Ansprechpartner der Firma

E-Mail-Adresse (Personenbezogen)

Vermittlerzugang? ja nein  
(Maklervollmacht beifügen)

## 10. Ihre Produktwahl

### Unsere Budget-Lösungen (ab 5 MA)

WellYou pure 300 (ab 10 MA)	WellYou pure 600	WellYou pure 900		
WellDent 500	WellDent 1.000	WellDent 1.500	WellDent 2.500	WellDent 5.000

### Unsere Vorsorge-Gutscheine

CareWell (ab 5 MA) CareWell Exclusive (in Kombination mit anderem Produkt, keine Mindestkollektivgröße)

### Unsere stationären Bausteine (ab 20 MA)<sup>5</sup>

GetWell Comfort (2-Bett-Zimmer) GetWell Premium (1-Bett-Zimmer)

### Sinnvolle Ergänzung

TravelWell (Auslandsreisekranken ab 5 MA) GetWellDaily je 1 EUR Krankentagegeld EUR (z. B.: 10/15/20 EUR ab 20 MA)

<sup>4</sup> Individualisierbar nach Absprache und unter Berücksichtigung einer Mindestanzahl.

<sup>5</sup> Funktionelle Versichertenkarten für die stationären 1- und 2-Bett-Zimmer-Tarife sind nicht individuell gestaltbar.

# ANALYSEBOGEN BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG

**Barmenia**  
EINFACH. MENSCHLICH.

Folgende weitere Informationen werden für die Erstellung eines Gruppenversicherungsvertrages und die Implementierung der bKV benötigt.

<b>11. Zahlweise<sup>6</sup></b>	monatlich	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich
<b>12. Beitragszahlung</b>	Einzug per SEPA-Lastschriftmandat (bitte beifügen)		Überweisung nach Rechnung	
<b>13. Rechnungsversand</b>	Per Post an Firma (bitte Ansprechpartner eintragen)			
	Per E-Mail (hier bitte E-Mail-Adresse eintragen)			
<b>14. Versand für die Policen/Gutscheine</b>	Direkt an die Mitarbeiter			
	An die Firma Ansprechpartner	An den Makler	Nur bei Erstversand?	ja      nein

Eine nachträgliche Änderung des Versandweges ist nicht möglich.

## 15. Berechtigung zur Nutzung des Firmenlogos (für Policen/Landingpage/Werbemittel)

nein

- ja      Das Bildmaterial muss folgende Anforderungen erfüllen:
- > Dateigröße: max. 40 MB
  - > Erlaubte Formate: jpg, jpeg, tif, tiff, png
  - > Bildmaße: min. 732 x 378 px bzw. im gleichen Seitenverhältnis
  - > erlaubte Farbräume: CMYK, CMYK + Sonderfarbe, Schwarz-Weiß, Graustufen, RGB

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertriebspartner/Unternehmen

**Unternehmenskunden Vorsorge**

Telefon: 0202 438 3995

Mail: [competencecenter-firmenkunden@barmenia.de](mailto:competencecenter-firmenkunden@barmenia.de)

<sup>6</sup> Für den Sachbezug § 8 Abs.2 Satz 11 EStG zwingend monatliche Zahlweise. Für die Pauschalbesteuerung nach § 40 Abs. 1 S. 1 EStG halbjährlich/jährlich.

# ANALYSEBOGEN BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG

## Zusatzinformationen – Weitere Vertragspartner

### Unternehmen 1

- > Name inkl. Rechtsform
- > Inhaber/Ansprechpartner
- > Kontaktdaten des Unternehmens

- > Mit eigener Rechnung?                      ja                      nein
- 

### Unternehmen 2

- > Name inkl. Rechtsform
- > Inhaber/Ansprechpartner
- > Kontaktdaten des Unternehmens

- > Mit eigener Rechnung?                      ja                      nein
- 

### Unternehmen 3

- > Name inkl. Rechtsform
- > Inhaber/Ansprechpartner
- > Kontaktdaten des Unternehmens

- > Mit eigener Rechnung?                      ja                      nein
- 

Weitere Unternehmen bitte nur mit Namen, Rechtsform, Registernummer und Standort vermerken:

# ANALYSEBOGEN BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG

**Barmenia**  
EINFACH. MENSCHLICH.

## Wichtige Hinweise für Sie

- > Achten Sie darauf: die **Annahme des Vertragsangebotes** ist mittels Unterschrift des Arbeitgebers binnen sechs Wochen seit Unterschriftsdatum der Barmenia gegenüber der Barmenia zu erklären.
- > Achten Sie darauf, dass Sie als Arbeitgeber über eine **Versorgungsordnung** verfügen. Als Unternehmen sind Sie verpflichtet, Ihre Arbeitnehmer vorsorglich über die Bedingungen und den Umfang der betrieblichen Versicherungen in Schriftform zu informieren. [Sprechen Sie uns an. Wir können unterstützen.](#)
- > Achten Sie bei der Wahl der Personengruppen auf **AGG-Konformität**. Der Arbeitgeber ist bei der Wahl des versicherbaren Personenkreises verantwortlich, die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen einzuhalten und niemanden zu benachteiligen.
- > Achten Sie bei Teilzeit auf Gleichbehandlung. Gemäß § 4 Abs. 1 TzBfG darf ein teilzeitbeschäftigter Arbeitnehmer wegen der Teilzeitarbeit nicht schlechter behandelt werden als ein vergleichbarer vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer. Es sei denn, es liegen sachliche Gründe vor, die eine unterschiedliche Behandlung rechtfertigen. Gleiches gilt für die Befristung.
- > Achten Sie darauf, bei der Wahl der Gruppierung die Differenzierung nach Funktion oder Betriebszugehörigkeit zu Grunde zu legen. Sollten Sie eine andere Auswahl wünschen, dann sichern Sie dies über eine Versorgungsordnung ab.
- > **Beitragsbefreiung** – Ziel der Beitragsbefreiungs-Variante ist es, den Versicherungsschutz in folgenden Fällen beitragsfrei zu stellen:
  - > ein Arbeitsverhältnis ruht wegen Elterngeldbezug bzw. Pflege- oder Familienpflegezeit oder
  - > ein Arbeitnehmer ist länger als 42 Tage arbeitsunfähig.
- > Bei der Einreichung von **Mitarbeiterlisten** (z. B. Excel-Listen mit personenbezogenen Daten) sind unsere Datenschutzerklärungen „Hinweise zum Datenschutz“ zu berücksichtigen. Diese werden bei Aushändigung des Vertragsentwurfes übermittelt.
- > Die Erstellung des Vertrages basiert auf den im Analysebogen übermittelten Informationen. Ein abweichen relevanter Punkte kann zur Ablehnung des Gruppenversicherungsvertrages führen.
- > Nicht versicherbare Berufsgruppen im WellYou pure: Optiker, Hörgeräteakustiker, Zahnarztpraxen, Kieferorthopädie, Arztpraxen, Apotheken, Kliniken, Versorgungszentren, Berufssportler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Labore, Logopäden, Heilpraktiker, Osteopathen, Podologen.
- > Eingeschränkte Versicherbarkeit im WellDent: Zahnärzte können im Produkt WellDent die Budgetstufe 1.000 oder 1.500 EUR wählen.

## Wie geht's weiter / Was brauchen wir?



Sind alle Fragen geklärt?

Wir prüfen Ihre Anfrage.

Wir senden Ihnen den Gruppenversicherungsvertrag mit allen notwendigen Unterlagen zu.

Sie unterschreiben und senden den Vertrag an [competencecenter-firmenkunden@barmenia.de](mailto:competencecenter-firmenkunden@barmenia.de)

Ihre Policen werden erstellt.

- > Versand ans Unternehmen?
- > Ihren Vermittler?
- > Direkt an die Mitarbeiter?

Weitere Unterlagen:

- > SEPA-Lastschriftmandat
- > bKV-Anmelde liste im Excel-Format
- > Logo (Format beachten)
- > Optional: Unterlagen zur Versorgungsordnung beantragen oder übermitteln

So erreichen Sie uns:

+49 202 438 3995

[competencecenter-firmenkunden@barmenia.de](mailto:competencecenter-firmenkunden@barmenia.de)