

Beratungsprotokoll: Central-Kollektivvertrag

Vermittler: _____ Vorgangs-/Antragsnr.: _____

Gesprächsteilnehmer: _____ Gesprächstermin/Durchführung: _____

1. Gesprächsanlass_____
_____**2. Angaben zum Kunden (Interessenten)**

Name: _____

Anschrift: _____

Rechtsform: GmbH AG GmbH & Co. KG Einzelunternehmen GbR Verein

Telefon/Fax/E-mail/Homepage: _____

Ansprechpartner: _____

3. Kollektivvertragsstatus

Besteht bereits ein Gruppenversicherungsvertrag?

Wenn ja: für langfristige Auslandsaufenthalte, und zwar Vollversicherung Zusatzversicherung Krankentagegeldversicherung für kurzfristige Auslandsaufenthalte für Sonstiges (_____)

Anbieter (Versicherer): _____

4. Allgemeine Informationen zum versicherbaren Personenkreis**(z.B. Dauer der Auslandsaufenthalte, Reiseländer, Art der Tätigkeit im Ausland)**_____
_____**5. Beratung/Information**

Es erfolgte eine Beratung zu folgenden Wünschen und Bedürfnissen (Mehrfachnennungen möglich):

 Auslands-KV-Vollversicherung als Alternative zur privaten Einzel-Vollversicherung oder zur GKV Auslands-KV-Zusatzversicherung zur GKV Auslands-Krankentagegeldversicherung Anwartschaftsversicherung/Ruhevereinbarung Weiterversicherungsrecht Auslands-Reise-KV für kurzfristige Auslandsaufenthalte Sonstiges (_____)**6. Lösungsvorschlag**

Der Abschluss eines Kollektivvertrages auf der Basis des Central-Mustertextes wird empfohlen – unter Berücksichtigung folgender Punkte:

_____**7. Zusätzliche Angaben und Hinweise zur Beratung**_____
_____**8. Antrag** Der Kunde (Interessent) akzeptierte den oben genannten Lösungsvorschlag.

Die Ausfertigung eines entsprechenden, unterschriftsreifen Kollektivvertrages wurde angefordert.

 Der Kunde (Interessent) akzeptierte den oben genannten Lösungsvorschlag mit folgenden Abweichungen (die Ausfertigung eines entsprechenden, unterschriftsreifen Kollektivvertrages wurde angefordert): _____ Der Kunde (Interessent) verzichtete darauf, die Ausfertigung eines Gruppenversicherungsvertrages anzufordern – und zwar aus folgenden Gründen:_____
_____**9. Unterschriften** Ein Exemplar der Dokumentation wurde dem Kunden (Interessenten) ausgehändigt. Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Schlichtungsstelle wurden ausgehändigt.

Ort/Datum _____

Vermittler _____

Kunde/Interessent _____

Informationen über den Vermittler, seine Beratungsgrundlage sowie die Streitschlichtungsstelle

Durch die Aushändigung der Visitenkarte beinhalten diese Informationen die Erfüllung aller gesetzlich vorgeschriebenen Informationspflichten beim Kunden. Sollte es trotzdem noch Anlass zur Beschwerde geben, kann man sich entweder an die

Central Krankenversicherung AG
Hansaring 40–50
50670 Köln

oder an die Schlichtungsstelle wenden.

Hierzu noch einmal die Adressen der außergerichtlichen Beschwerde- und Schlichtungsstelle des

Vereins Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin

bzw. des

Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Leipziger Straße 117
10117 Berlin

Ausfüllhilfe zu Anlässen und Begründungen

Die Felder „Gesprächsanlass“, „Lösungsvorschlag (Begründung)“ und „Antrag“ sind die haftungsrechtlich kritischen Punkte des Beratungsprotokolls. Diese können wie folgt befüllt werden:

I. FELD „GESPRÄCHSANLASS“

Der Gesetzgeber verlangt von jedem Vermittler eine anlassbezogene Beratung. In der Krankenversicherung lassen sich die Anlässe wie folgt unterteilen:

I.1 Neugeschäft:

Allgemeine Anlässe:

- Personenbezogene Versorgungssituation (bei offenem Gesprächsausgang ohne Spartenfokussierung und Cross-Selling-Ansatz)
- Vergleich GKV/PKV
- Änderung der Sozialgesetzgebung
- Folgen aus dem Verlust der Arbeitskraft
- Darstellung der Versorgung im Krankheitsfall

Konkrete Anlässe:

- Heirat
- Scheidung/Trennung
- Geburt eines Kindes
- Eintritt in das Berufsleben
- Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Status-/Berufswechsel

Die oben benannten Anlässe berücksichtigen nicht jede Kundensituation und sind somit nicht abschließend.

I.2 Bestandsgeschäft:

Im Bestandsgeschäft reichen zur notwendigen Beratung in einem bestehenden Vertragsverhältnis grundsätzlich zwei Anlässe aus:

- Modifizierung des Beitrages
- Modifizierung der Leistungen

II. FELD „LÖSUNGSVORSCHLAG“ UND „BEGRÜNDUNG“

Das Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts vom 18.12.2006 sieht in §42c VVG Folgendes vor: „Der Versicherungsvermittler hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben.“

Der Lösungsvorschlag ist grundsätzlich in der exakten Tarifkombination und Höhe der Leistungen (Beispiel: konkretes Defizit/Lücke im Tagegeldbereich) zu benennen. Die Begründungen für eine empfohlene Lösung sind grundsätzlich individuell zu formulieren. Hierbei bestehen folgende Möglichkeiten:

1. Subjektive Begründung:

Die **wortgetreue Wiedergabe der Ausführungen des Kunden** zu seinen geäußerten Wünschen und Bedürfnissen aus dem Gespräch.

(Beispiel Neugeschäft: Herr xy sagt: „Ich benötige/brauche/wünsche im Krankheitsfall privatärztliche Behandlung aus folgendem Grund: ...“; Beispiel Bestandsgeschäft: „Frau xy sagt, ihr ist in ihrer jetzigen Situation die Beitragsersparnis sehr wichtig und ist demnach bereit, dafür auf Teile ihres vereinbarten Leistungsumfanges zu verzichten.“)

2. Objektive Begründung

Die **Ermittlung der konkreten Defizitsituation** im Krankheitsfall (z. B. Herr xy fehlen gemäß seiner Einkommensangaben bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit ab dem 43. Tag € pro Monat).

Es können mehrere Begründungen eingetragen werden. Zu beachten ist hierbei: Die Begründung „Preis-/Leistungsverhältnis“ reicht nicht aus! Es ist die Präferenz des Kunden auszuformulieren, ob eine Gewichtung auf niedrigen Beiträgen oder einem konkreten Leistungsumfang besteht.

Grundsätzlich ist der Lösungsvorschlag stets gemäß der ursprünglichen Angaben des Kunden zu erstellen. Die Abwägung, ob ein Kunde bereit ist, den Beitrag hierfür zu bezahlen, erfolgt erst im Feld „Antrag“. (s. u.)

III. FELD „ANTRAG“ UND „BEGRÜNDUNG DER ABWEICHUNG DES ANTRAGES VOM LÖSUNGSVORSCHLAG“

Grundsätzlich ist das Feld „Antrag“ nur dann mit „ja“ anzukreuzen, wenn der Kunde den Lösungsvorschlag des Vermittlers **vollständig in der benannten Höhe** annimmt! Eine weitere Begründung ist dann nicht notwendig.

Eine Begründung bei Abweichung greift nur in dem Fall, in dem der Kunde den empfohlenen Lösungsvorschlag des Vermittlers nicht vollständig oder nur modifiziert annimmt und somit ein „nein“ angekreuzt werden muss. Hierbei ist exakt zu zitieren und zu formulieren (z. B. „Aus heutiger Sicht ist Herr xy die Beitragsersparnis wichtiger als die oben benannten Leistungen. Aus diesem Grund entscheidet er sich für die beantragte Tarifkombination“).

IV. ANKREUZFELD „INFORMATIONEN ÜBER DEN VERMITTLER, SEINE BERATUNGSGRUNDLAGE SOWIE DER STREITSCHLICHTUNGSSTELLE WURDEN AUSGEHÄNDIGT“

Dieses Ankreuzfeld beinhaltet die Erfüllung aller gesetzlich vorgeschriebenen Informationspflichten (Visitenkartenmodell) beim Kunden.

Sollte es trotzdem noch Anlass zur Beschwerde geben, kann man sich entweder an die Central Krankenversicherung AG Hansaring 40–50 in 50670 Köln oder an die Streitschlichtungsstelle wenden.

Hierzu noch einmal die Adresse der außergerichtlichen Beschwerde- und Schlichtungsstelle des Vereins Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 080632 in 10006 Berlin bzw. des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung in der Leipziger Str. 117 in 10117 Berlin.