

ERFASSUNGSBOGEN

Persönliche Angaben

Person 1

Bestandskunde Neukunde / Interessent

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Beruf

Bruttojahreseinkommen (freiwillige Angabe) EUR

Person 2

Bestandskunde Neukunde / Interessent

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Beruf

Bruttojahreseinkommen (freiwillige Angabe) EUR

Familienstand

Verheiratet Eheähnliche Gemeinschaft Alleinstehend/Single Lebenspartnerschaft

Adresse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon Telefax

E-Mail

Berufsstatus

Person 1	2	1	2	1	2
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Sonderstatus

Person 1	2	1	2	1	2
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Krankenversicherungsstatus

Person 1	2	1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bei:

Rentenversicherungsstatus

1	2	1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

berufsständische Versorgung:

Kinder

Name	Geb.datum	Geschlecht	Schule	Ausbildung	Studium	Freiw. Dienst	vorauss. bis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Beratungswunsch: Absicherung im Bereich

<input type="checkbox"/> Private Krankenvollversicherung	<input type="checkbox"/> Sachversicherung Hausrat, Wohngebäude	<input type="checkbox"/> Altersvorsorge und Vermögensaufbau Klassische oder fondsgebundene Kapitallebens-/Rentenversicherung, auch als Direktversicherung, „Riester-Rente“, „Rürup-Rente“ (Basisrente)
<input type="checkbox"/> Private Krankenzusatzversicherung Ergänzung zu GKV, ambulanter/stationärer/Zahn-Zusatz, Krankenhaustagegeld usw.	<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene Risikolebensversicherung
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> Einkommen aus beruflicher Tätigkeit Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Schwere Krankheiten (Dread Disease), Grundfähigkeitsversicherung
<input type="checkbox"/> Pflegefall Pflegetagegeld-, Pflegekosten-, Pflegerentenversicherung	<input type="checkbox"/> Kraftfahrtversicherung	<input type="checkbox"/> Kindervorsorge
<input type="checkbox"/> Verdienstausfall durch Krankheit Krankentagegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>

Risikocheck zur Unfallversicherung

Anlass der Beratung: Prüfung der bestehenden privaten Unfallversicherung			
Versicherungsnehmer		Gesellschaft	
Vertragsnummer		Beginndatum	Ablaufdatum
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich	Beitrag gemäß ZW €

Derzeitiger Versicherungsumfang

Name VP:					
Geburtsdatum:					
Vollinvalidität:	€	€	€	€	€
Progression:	%	%	%	%	%
Unfallrente:	€	€	€	€	€
Todesfall:	€	€	€	€	€
Krankenhausgeld:	€	€	€	€	€
Genesungsgeld:	€	€	€	€	€
Übergangsleistungen:	€	€	€	€	€

Fragen zum Risiko und Versicherungsumfang

Ausgeübter Beruf:					
--------------------------	--	--	--	--	--

Wichtiger Hinweis: Kein Versicherungsschutz kann u. a. gewährt werden für Artisten /Akrobaten, Flugzeugbesatzungen /Drachenflieger und Personen mit ähnlichen Flughobbys, Schiffsbesatzungen, Rennfahrer /-reiter, Sprengmeister und -helfer, Steiger- und Räumungspersonal für Munition /explosive Stoffe, Berufs-/Vertrags- und Lizenzsportler.

Üben Sie in Ihrem Beruf bzw. in Ihrer Freizeit gefährliche Tätigkeiten bzw. Sportarten aus? Ja, welche

Empfehlenswert ist eine Vollinvaliditäts-Absicherung pro Person in Höhe von mind. 6 Nettojahresgehältern!

Wünschen Sie eine Anpassung der oben genannten Versicherungssummen? Ja, in Höhe von €

Gesundheitsfragen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, Art des Unfalls und Umfang der Verletzung, sowie Behandlung					
Ärztliche Beratung, Untersuchung oder Behandlung in den letzten 5 Jahren wegen einer schweren Erkrankung?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, Art der Erkrankung und gegebenenfalls Grad der Ausheilung					
Ist Ihr Sehvermögen um mehr als 8 Dioptrien gemindert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Wenn ja, tatsächliche Dioptrien:	L: R:				

* Schwere Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen, eine Schwerbehinderung zur Folge haben, oder eine regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen