

Bestehende Versorgung (Anwartschaften)

Kunde / Interessent: _____

Aktuelles Nettoeinkommen				_____ €						Unterlagen vorhanden?		
Mindest-Versorgungsniveau ¹				_____ €								
Gesellschaft / Versorgungsträger		Leistungsart ² / Durchführungsweg	Versicherungsnummer	Monatsrente ³	Versicherungsdauer	Leistungsdauer	Beitrag	Dynamik (Beitrag)	Angenommene Rentensteigerung			
1. Schicht	Gesetzliche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Volle Erwerbsminderungsrente		_____ €			Beiträge abhängig von Bezugsgrößen und festgelegten Sätzen. ⁴		Ja, die Rentenleistungen werden regelmäßig angepasst. ⁵	<input type="checkbox"/> Ja		
		<input type="checkbox"/> Halbe Erwerbsminderungsrente		_____ €						<input type="checkbox"/> Ja		
	Berufsständ. Versorgungsw.	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit		_____ €						<input type="checkbox"/> Ja		
	Beamtenversorgung	<input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeit		_____ €						<input type="checkbox"/> Ja		
				_____ €						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja
				_____ €						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja
2. Schicht	Zusatzversorgung Öffentlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Volle Erwerbsminderungsrente		_____ €			Beiträge abhängig von Bezugsgrößen und festgelegten Sätzen. ⁴		Ja, die Rentenl. werden regelmäßig angepasst. ⁵	<input type="checkbox"/> Ja		
		<input type="checkbox"/> Halbe Erwerbsminderungsrente		_____ €						<input type="checkbox"/> Ja		
				_____ €						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja
				_____ €						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja
3. Schicht				_____ €					<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja	
				_____ €					<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja	
				_____ €					<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja	
				_____ €					<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ___ %	<input type="checkbox"/> Ja	

¹ Detaillierte Ermittlung kann im Erfassungsbogen „Einnahmen und Ausgaben des Haushalts“ erfolgen. Gemeint sind nicht verhandelbare Fixkosten, die definitiv abgesichert werden sollen.

² Gemeint sind Ansprüche aus BU-, BUZ-, EU-, EUZ-, Grundfähigkeits-, Dread-Disease- und Unfall-Versicherungen. Ohne Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Jahrgänge ab 1961 besitzen keinen gesetzlichen BU-Schutz.

³ Abfrage von Bruttowerten. Entsprechend individuelle Minderung durch Steuer und Sozialversicherung beachten.

⁴ Die tatsächliche Belastung steigt in der Regel, kann aber variieren.

⁵ Je nach Versorgungsträger unterschieden sich sowohl der Zeitpunkt als auch Berechnungsmethode.

Gewünschte zusätzliche Versorgung

(Bitte „Optionale Details (Versorgung / Kranken)“ im Anhang der Kundenbasisdaten ausfüllen)

- Sicherstellung des Lebensunterhalts gemäß Erfassungsbogen "Einnahmen und Ausgaben des Haushalts".
- Eine Absicherung, die möglichst mein aktuelles Nettoeinkommen⁶ abdeckt.
- Finanzielle Basisabsicherung, um einen Fall in die Sozialhilfe / Hartz IV und den Verzehr von Vermögen zu verhindern (mindestens 1.000 € nach Entrichtung der Kranken - und Pflegeversicherungsbeiträge)
- Aufgrund anderer Absicherung (Mieteinkünfte, Kapitalerträge, etc.) wünsche ich folgende zusätzliche Rente:
_____ € mtl.
- Aufgrund des begrenzten Budgets, darf der Beitrag maximal _____ € mtl. betragen. Die Höhe der Absicherung soll sich hieran orientieren.
- _____
(Freie Angabe des Kunden)

Mögliche Formen der Absicherung

- | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Absicherung des Berufs | <input type="checkbox"/> Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits <u>zusatz</u> versicherung |
| Absicherung Tätigkeit des allg. Arbeitsmarkts | <input type="checkbox"/> Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung |
| Absicherung der körperlichen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Grundfähigkeitsversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Dread Disease / Critical Illness (Absicherung bei schweren Erkrankungen) |
| | <input type="checkbox"/> Kombiprodukte |
| | <input type="checkbox"/> Private Unfallversicherung |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> _____ |
| Keine Absicherung | <input type="checkbox"/> Es ist keine Absicherung der Arbeitskraft gewünscht |

Details zur Tarifierung

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Höhe der Absicherung | _____ € mtl. |
| Versicherungssumme | _____ € |
| Zahlweise | <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich |
| Mögliche Überschussverwendung | <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung / Sofortrabatt |
| | <input type="checkbox"/> Fondsanlage |
| | <input type="checkbox"/> Bonussystem inkl. Nachversicherungsgarantie ⁷ |
| | <input type="checkbox"/> Bonussystem ohne Nachversicherungsgarantie |

⁶ Annahmerichtlinien beachten. Höhe der Möglichen Absicherung oft auf 70% oder 80% des aktuellen Nettoeinkommens begrenzt.

⁷ Beim Überschussystem Bonusrente bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei einer Senkung der Überschussbeteiligung auf das zuletzt erreichte Niveau ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Beginn / Dauer

Versicherungsbeginn _____
 Versicherungsdauer bis _____ (Alter)
 Beitragszahlung bis _____ (Alter)
 Leistungsdauer bis _____ (Alter)

Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

- BU-Mindeststandards des „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ gelten als erfüllt? Ja Nein
- Lebenslange Berufsunfähigkeitsrente?⁸ Ja Nein
- Zusätzliche Leistung bei Pflegebedürftigkeit? Ja Nein
- Für Beamte: Dienstunfähigkeitsklausel? Ja Nein
- Bei einer Berufsunfähigkeits**zusatz**versicherung: Beitragsfreie Dynamisierung des Haupttarifs im Leistungsfall? Falls ja, ___ % Ja Nein
- Beitragsdynamik der Berufsunfähigkeitsleistungen (Rente und Beitragsbefreiung) ohne weitere Gesundheitsprüfung? Falls ja, ___ % Ja Nein
- Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall ohne weitere Gesundheitsprüfung? Falls ja, ___ % Ja Nein
- Nachversicherungsgarantie bei Abschluss der Berufsausbildung? Ja Nein
- Nachversicherungsgarantie bei Heirat und Geburt/Adoption? Ja Nein
- Weitere Nachversicherungsgarantien? Falls ja, bei _____ Ja Nein
- Infektionsklausel? Ja Nein
- Versicherungsschutz in Krisen- und Kriegsgebieten? Ja Nein
- Versicherungsschutz auch bei Berufsunfähigkeit, die durch Fahrveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen verursacht wurde, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt? Ja Nein

Gewünschte Erweiterungen des Versicherungsschutzes

- Leistung auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit durch Luftfahrten in Ihrer Eigenschaft als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer) oder Besatzungsmitglied verursacht wurde? Ja Nein
- Leistung auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit durch Strahlen verursacht wurde? Ja Nein
- Wünschen Sie den Verzicht auf § 163 VVG? Ja Nein
- Soll eine Karenzzeit vereinbart werden? Falls ja, ___ Monate Ja Nein
- Benötigen Sie im Leistungsfall Anfangshilfen (z.B. Einmalzahlung)? Ja Nein

Anmerkungen _____

Gesprächspartner und weitere Anwesende: _____

Beratungsort und Datum: _____

Unterschrift Kunde _____ Unterschrift Vermittler _____

⁸ Verfügbarkeit am Markt und ggf. sehr hohe Beiträge beachten.