

Versicherungsplan-Vorsorge

Fragebogen (Versicherungsplan-Vorsorge)	Zutreffendes ankreuzen ▼
<p>1. Wie sind Sie krankenversichert?</p> <p> <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig (in einer gesetzlichen Krankenkasse) <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> privat (mit Beihilfeberechtigung) </p>	<p>Status überprüfen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>2. Haben Sie eine Absicherung gegen Verdienstaussfall oder Einkommensverlust für den Fall einer länger andauernden Krankheit?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>3. Planen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt (z.B. Urlaub) außerhalb Deutschlands?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>4. Haben Sie eine Krankenzusatzversicherung für ambulante, stationäre, zahnmedizinische oder sonstige Leistungen (nur bei gesetzlich und freiwillig Versicherten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.a Welchen beruflichen Status haben Sie?</p> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer <input type="checkbox"/> keine Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte Kurzbeschreibung): </p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.b Haben Sie eine private Erwerbsunfähigkeitsversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.c Haben Sie eine private Berufs- oder Dienstunfähigkeitsversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.d Haben Sie eine private Grundfähigkeitsversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.e Haben Sie eine private Absicherung gegen schwere Krankheiten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5.f Haben Sie eine Versorgungszusage über Ihren Arbeitgeber oder ein berufsständisches Versorgungswerk, welche Sie im Fall von Erwerbs-, Berufs- oder Dienstunfähigkeit absichert?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>6.a Zahlen Sie Beiträge in eine Risikolebensversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>6.b Haben Sie Zahlungsverpflichtungen aus Konsumenten- und/oder Immobilienkrediten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>6.c Zahlen Sie Beiträge in eine Sterbegeldversicherung (Bestattungsvorsorge)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>6.d Haben Sie private Vorsorgeverträge oder bestehende Versorgungszusagen (z.B. über Ihren Arbeitgeber oder ein berufsständisches Versorgungswerk), die eine Absicherung für Hinterbliebene im Falle Ihres Todes beinhaltet?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Versicherungsplan-Vorsorge

7.a Zahlen Sie aktuelle oder haben Sie in der Vergangenheit Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.b Zahlen Sie Beiträge in eine geförderte Basisrentenversicherung (Rürup-Modell)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.c Zahlen Sie Beiträge in eine geförderte Zulagenrente (Riester-Modell)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.d Zahlen Sie oder Ihr Arbeitgeber Beiträge in eine betriebliche Altersversorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.e Zahlen Sie Beiträge in eine private Renten-/Lebensversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Zahlen Sie ergänzend zur Pflegepflichtversicherung Beiträge eine private Pflegezusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Zahlen Sie Beiträge eine private Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.a Zahlen Sie für Ihre Kinder Beiträge in eine private Vorsorgeversicherung für die Fälle von Invalidität, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.b Zahlen Sie für Ihre Kinder Beiträge in eine Ausbildungsversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein