

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HENGSTENBERG & PARTNER GmbH
 Versicherungsmakler
 Sendlinger-Tor-Platz 11 • 80336 München
 Tel.: 089 - 54838-100
 Fax: 089 - 54838-101
 versicherungsmakler@hbup.de
 http://www.hbup.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Versicherte Personen	
1. Versicherte Person (VP1) Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsort: <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker höchster Schulabschluss: <input style="width: 100%;" type="text"/> abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input style="width: 100%;" type="text"/> € Steuer-Identifikationsnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Personalausweisnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Nationalität: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2. Versicherte Person (VP2) Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht usw. der zu versichernden Person.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsort: <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtakademiker <input type="checkbox"/> Akademiker höchster Schulabschluss: <input style="width: 100%;" type="text"/> abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Kein Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradfahrer Jahresbruttoeinkommen: <input style="width: 100%;" type="text"/> € Steuer-Identifikationsnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Personalausweisnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/> Nationalität: <input style="width: 100%;" type="text"/>

Vertragsdetails	
gewünschte Vertragskonstellation	<input type="checkbox"/> Einzelvertrag (nur eine versicherte Person) <input type="checkbox"/> Verbundene Leben (zwei versicherte Personen) <input type="checkbox"/> Über-Kreuz-Versicherung (zwei versicherte Personen; steueroptimiert)
Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> Immobilienfinanzierung: Restschuld: <input type="text"/> €, Stand: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstige Verwendung <input type="text"/>
Vertragszeiten	
Versicherungsbeginn	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Berechnung nach	<input type="checkbox"/> Versicherungsdauer = <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Ablaufalter = <input type="text"/> Jahre
Berechnungsvorgaben	
Berechnungsvorgabe	<input type="checkbox"/> nach Versicherungssumme <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nach Beitrag <input type="text"/> € (s. Zahlweise) <input type="checkbox"/> nach Beitragsdepot <input type="text"/> €
Zahlweise	<input type="checkbox"/> 1/12- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/1-jährlich
Dynamisierung gewünscht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> % p.a.
Überschussverwendung	
In der Ansparphase	<input type="checkbox"/> optimiert <input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Todesfallbonus <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> Fondsansammlung <input type="checkbox"/> Sofortbonus
Schätzung der Fondsentwicklung	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 9%
Tarifbausteine	
Todesfallschutz	<input type="checkbox"/> konstante Todesfalleistung <input type="checkbox"/> linear fallende Todesfalleistung <input type="checkbox"/> progressiv fallende Todesfalleistung
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> keine (weitere Angaben entfallen)
gewünschte Absicherung	<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung <input type="checkbox"/> Dynamisierung der Hauptversicherung im Leistungsfall <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente

bei Einschluss BU-Rente:	<input type="checkbox"/> Dynamisierung der Hauptversicherung im Leistungsfall
Höhe der monatlichen BUZ-Rente	<input type="text"/> €
Versicherungsdauer	<input type="text"/> Jahre
Leistungsdauer	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> lebenslange BU-Rente
Karenzzeit	<input type="text"/> Monate
Garantierte Rentensteigerung	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3%
BUZ-Gewinnsystem	<input type="checkbox"/> Gewinnverrechnung <input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> Fonds- /Verzinsliche Ansammlung
Angaben zum Beruf von Person 1	
Genauere Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen bzw. Tätigkeit beschreiben	<input type="text"/>
Aufsichtsführend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Überwiegend leitend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - <input type="text"/> Mitarbeiter
Anteil der Bürotätigkeit	<input type="text"/> %
Anteil der körperlichen Tätigkeit	<input type="text"/> %
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
Besonderheiten zur Tätigkeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter / Geschäftsführer
Risikorelevantes Hobby	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
Anteil sitzender Tätigkeit ohne Schreibtisch	<input type="text"/> %
Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angaben zum Beruf von Person 2	
Genauere Berufsbezeichnung - evtl. Zusatzfragebogen Beruf nutzen bzw. Tätigkeit beschreiben	<input type="text"/>

Aufsichtsführend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Überwiegend leitend tätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - <input type="text"/> Mitarbeiter
Anteil der Bürotätigkeit	<input type="text"/> %
Anteil der körperlichen Tätigkeit	<input type="text"/> %
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
Besonderheiten zur Tätigkeit	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit im Akkord <input type="checkbox"/> Gesellschafter / Geschäftsführer
Risikorelevantes Hobby	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
Anteil sitzender Tätigkeit ohne Schreibtisch	<input type="text"/> %
Abgeschlossene kaufmännische Ausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gesundheitsfragen 1. versicherte Person <input type="checkbox"/> Aufnahme mit separatem Fragebogen	Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag
Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welcher? <input type="text"/>
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>
Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehndlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <input type="text"/>

Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/>
Gesundheitsfragen 2. versicherte Person <input type="checkbox"/> Aufnahme mit separatem Fragebogen	Die folgenden Fragen sind nicht abschließend. Es gelten die Fragen des Versicherers im Antrag.
Körpergröße und Gewicht	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
Wurde bereits ein Antrag bei einer Gesellschaft abgelehnt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bei welcher? <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstigen Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Untersuchungen von Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, oder anderen Heilbehndlern statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, oder Heilstätte statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche + Details? <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Besteht eine Fehlsichtigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien links: <input type="text"/> Dioptrien rechts: <input type="text"/>
Weitere Risikoabsicherungen	
Werden weitere Risikoabsicherungen oder Einschüsse gewünscht?	<input type="checkbox"/> Erhöhte Leistung bei Unfalltod <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Dread-Disease <input type="checkbox"/> Kranken(-tagegeld)versicherung
Sonstige Hinweise, Bemerkungen	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
Unterschrift	<hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> Datum, Unterschrift
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev006 vom 15.08.2016	