

Checkliste Arbeitgeberwechsel / Seite 1/4

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Arbeitgeberwechsel: | <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/> seit <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| neuer Arbeitgeber (= AG): Straße, Hausnummer: Postleitzahl, Ort, Land: Homepage: Branche, sonstige Anmerkungen: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Berufsbezeichnung/Stellung im neuen Unternehmen: Haben Sie Personalverantwortung? Sind Sie Beamter/im öffentlichen Dienst tätig? | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für <input type="text"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Besoldungsstufe <input type="text"/> <small>Hinweis: für Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst gibt es diverse spezielle Versicherungslösungen, wie z.B. Dienstunfähigkeit oder Beihilfe - bitte die entsprechenden Formulare beachten.</small> |
| Ihre Kontaktdaten beim neuen AG: Telefonnummer: Faxnummer: Mobilfunknummer: Mailadresse: Postanschrift: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> siehe oben <input type="checkbox"/> abweichend <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Grund des Arbeitgeberwechsels: | <input type="text"/> |
| Ist der Arbeitgeberwechsel auf eine besondere Qualifizierungsmaßnahme zurück zu führen (Studienabschluss, weitere Ausbildung)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , auf welche? <input type="text"/> |
| Hat sich Ihre Tätigkeit geändert? z.B. aufsichtsführend, beratend, körperlich tätig, im Innen-/Außendienst usw. | <input type="text"/> |
| Überprüfung der Berufsgruppe: | <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> neu <input type="text"/> |
| neues Bruttoeinkommen: | <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich |

Checkliste Arbeitgeberwechsel / Seite 2/4

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Neues Nettoeinkommen: | <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich |
| Vorheriges Bruttoeinkommen: (Bei Gehaltssteigerung um mehr als 10 % können Sie Versicherungssummen im Rahmen von Nachversicherungsgarantien unkompliziert anpassen. Dies ist jeweils im Einzelfall zu prüfen!) | <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährlich |
| Sind Sie aufgrund des AG-Wechsels umgezogen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die neue Anschrift lautet: <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Versicherungen: | Hinweis: Grundsätzlich neue Berufsgruppeneinstufung prüfen! |
| Welche Gruppenversicherungen bietet der neue AG? | <input type="checkbox"/> betriebliche Altersvorsorge <input type="checkbox"/> betriebliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gruppenunfallversicherung <input type="checkbox"/> Gruppenauslandsreisekrankenversicherung <input type="checkbox"/> sonstige <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> betriebliche Altersvorsorge | Hinweis: bAV-Verträge können meistens beim neuen AG (mit dessen Zustimmung) weitergeführt werden. Es muss jedoch immer der Einzelfall geprüft werden. |
| Soll ein bestehender Vertrag auf den neuen Arbeitgeber übertragen werden? Soll ein neuer Vertrag abgeschlossen werden? Ist der neue AG mit einem Vertragsabschluss über uns einverstanden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wird privat weitergezahlt <input type="checkbox"/> soll (vorübergehend) stillgelegt werden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Datenerfassung bAV nutzen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> VWL-Vertrag | Hinweis: bei VWL-Verträgen muss der Geldeingang immer durch den AG erfolgen, sonst entfällt die staatliche Leistung. |
| Der neue AG bietet VWL an: Der bisherige Vertrag soll zum neuen AG übertragen werden: | <input type="checkbox"/> nein, AG zahlt keine VWL-Leistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, der neue AG leistet mtl. <input type="text"/> € VWL <input type="checkbox"/> neuen Vertrag abschließen <input type="checkbox"/> bestehenden Vertrag kündigen |
| <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung | Hinweis: durch den Arbeitgeberwechsel können sich z.B. die Jahresfahrleistung oder die Tarifgruppe ändern. Diese Änderungen wirken sich u.U. auf die Prämie aus. |
| Hat sich die Tarifgruppe geändert? | <input type="checkbox"/> keine Änderungen <input type="checkbox"/> neue Jahreskilometerfahrleistung <input type="text"/> .000 km <input type="checkbox"/> neuer Fahrerkreis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstige Änderungen <input type="text"/> <input type="checkbox"/> B-Tarif <input type="checkbox"/> A-Tarif <input type="checkbox"/> sonstige <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung | Hinweis: speziell der Bereich Berufsrechtsschutz ist bei einem AG-Wechsel sinnvoll, um negativen Überraschungen vorzubeugen. |

Checkliste Arbeitgeberwechsel / Seite 3/4

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besteht bereits eine RSV mit Berufsrechtsschutz? wenn nein: wenn ja: Soll ein solcher Baustein eingeschlossen werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beratung gewünscht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bestehenden Vertrag überprüfen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung | Hinweis: Grundsätzlich kann sich durch eine berufliche Veränderung auch eine Änderung bei der Krankenversicherung ergeben. Je nachdem, ob Sie bisher gesetzlich oder privat versichert waren, muss Ihre Krankenversicherung ggf. an die neue Situation angepasst werden: |
| Wie waren Sie bisher krankenversichert? Bei welchem Krankenversicherer? | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Krankentagegeldversicherung | Hinweis: Prüfung, ob weiterhin gKV-Pflicht besteht! Aktuelle Einkommensgrenzen beachten. |
| Sollen die aktuell vereinbarten Tagessätze verändert werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf <input type="text"/> € tgl. |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | |
| Sollen die Versicherungssummen angepasst werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche Änderungen werden gewünscht? <input type="text"/> |
| Überprüfung der Berufsgruppe: | <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> neu <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Risikolebensversicherungen | Hinweis: Bestehende Versicherungen auf Nachversicherungsoption prüfen (Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung, z.B. wg. Einkommenserhöhung oder Karrieresprung)! |
| Sollen die Versicherungssummen geändert werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche Änderungen werden gewünscht? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung | Hinweis: Bestehende Versicherungen auf Nachversicherungsoption prüfen (Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung, z.B. wg. Einkommenserhöhung oder Karrieresprung)! |
| Sollen die bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen hinsichtlich der bestehenden Rentenhöhe und des aktuellen Bedarfs überprüft werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Lebens- und Rentenversicherung | |

Checkliste Arbeitgeberwechsel / Seite 4/4

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sollen steuerbegünstigte Versicherungen hinsichtlich der geänderten steuerlichen Veranlagung überprüft werden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Soll eine grundsätzliche Überprüfung des Vorsorgeziels erfolgen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Unterschriften: | |
| _____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers | _____ Datum, Unterschrift des Kunden |
| 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"/> |
| Rev001 vom 07.07.2015 | |